

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o 274

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Vladimir MISSIRLIU

Né le 23 Juin 1892 à Braïla (Roumanie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX, MONITEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LICENCIÉ EN SCIENCES

Essai sur l'emploi
de
L'HYPOSULFITE DE SOUDE
en dermatologie

Travail fait dans le service du Docteur Paul Ravaut, Médecin de l'Hôpital St-Louis

Président : WIDAL, professeur



PARIS

IMPRIMERIE A. BAILET

9, Rue du Pont Louis-Philippe, 9

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o 274

PRÉSENTÉE POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Vladimir MISSIRLIU

Né le 23 Juin 1892 à Braïla (Roumanie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX, MONITEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LICENCIÉ EN SCIENCES

Essai sur l'emploi
de
L'HYPOSULFITE DE SOUDE
en dermatologie

Travail fait dans le service du Docteur Paul Ravaut, Médecin de l'Hôpital St-Louis

Président : WIDAL, professeur



PARIS

IMPRIMERIE A. BAILET

9, Rue du Pont Louis-Philippe, 9

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen
Assesseur

M. ROGER
 G. POUCHET

Professeurs

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie..
 Pathologie expérimentale et comparée.....

MM.
 NICOLAS
 CUNEO
 CH. RICHET
 ANDRÉ BROCA
 DESGREZ
 BESANÇON
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 PIERRE DUVAL
 POUCHET
 CARNOT
 BALTHAZARD
 BERNARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD

Clinique médicale.....

WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

Hygiène et clinique de la première enfance.
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des ma-
 ladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphiliti-
 ques
 Clinique des maladies du système nerveux.
 Clinique des maladies contagieuses.....

CLAUDE

JEANSELME
 PIERRE MARIE
 TESSIER
 DELBET
 GOSSET

Clinique chirurgicale.....

LEJARS
 HARTMANN
 DE LA PERSONNE
 LEGUEU

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires..

Clinique d'accouchements.....

BAR
 COUVELAIRE
 BRINDEAU
 J.-L. FAURE
 AUGUSTE BROCA
 VAQUEZ
 SEBILLEAU
 SERGENT

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....
 Clinique propédeutique

MM.

Agrégés en exercice

ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIÈRE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE
 DESMARET

DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (HENRI)
 LAIGNEL
 LAVASTINE
 LANGLOIS

LARDENNOIS
 LELORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBoullet
 LERI
 LEVI-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON
 OKINCZYC
 PHILIBERT

RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 RICHAUD
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A.)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.

A LA MEMOIRE TOUJOURS VIVANTE

DE MON PERE

A MA CHÈRE MÈRE

A MON FRÈRE

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR WIDAL

*En témoignage de ma vive
gratitude et de mon pro-
fond respect.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BAR

*En témoignage de notre
reconnaissance et profonde
affection.*

A M. LE DOCTEUR PAUL RAVAUT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*En témoignage de profonde
reconnaissance pour l'édu-
cation dermatologique et
les précieux conseils qu'il
nous a prodigués.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MM. PIQUÉ, chirurgien des hôpitaux.
le Professeur SERGENT.
BECLÈRE, médecin des hôpitaux.
WALTHER, chirurgien des hôpitaux.
OETTINGER, médecin des hôpitaux.
MÉRY, médecin des hôpitaux.
CHEVASSU, chirurgien des hôpitaux.
GRÉGOIRE, chirurgien des hôpitaux.
LORTAT-JACOB, médecin des hôpitaux.
BAUMGARTNER, chirurgien des hôpitaux.
LEMIÈRE, médecin des hôpitaux.
ABRAMI, médecin des hôpitaux.
BRULÉ, médecin des hôpitaux.
LEQUEUX, professeur agrégé.
METZGER, accoucheur des hôpitaux.
ECALLE, accoucheur des hôpitaux.

Ainsi qu'à MM. JOLIVET, RABEAU, MATHIEU,
GENEVRAIE, JOLTRAIN, MAY, WEIS-
SEMBACH, GAUTHIER, VAUDESCAL,
GATELIER.



A MES MAITRES PENDANT LA GUERRE

Le médecin inspecteur général M. BUTOIANO,
chirurgien en chef de l'hôpital « Regina
Elisabeta ».

Le médecin principal PLAVANESCO, médecin-
chef du port de Brăila.

Le médecin-major REPEZEANU, médecin des
hôpitaux de Bucarest.



AVANT-PROPOS

Nous devons l'idée de ce travail à notre maître M. Ravaut, qui a bien voulu inspirer, diriger et faciliter notre tâche.

Nous nous sommes attachés à rechercher l'action de l'hyposulfite de soude, administré par voie interne uniquement, à des doses plus ou moins massives, sur les diverses dermatoses prises sans aucun choix, au hasard d'une consultation hospitalière (hôpital Broca).

L'étude de cette nouvelle médication a été faite au point de vue clinique avant tout. Nul, en effet, que le dermatologiste, n'est mieux armé pour l'examen direct de la maladie : il voit la lésion, et peut suivre jour par jour les résultats de sa thérapeutique. Affections locales ou, plus souvent encore, reflets de troubles humoraux indéterminés, les dermatoses témoignent, par leur évolution même, de l'efficacité ou de l'insuffisance de nos agents curateurs. C'est dire combien l'étude clinique nous a paru importante et devoir prendre le pas sur l'étude purement pharmacodynamique des hyposulfites.

Aussi, nous sommes-nous préoccupés particulièrement d'étayer nos conclusions sur un matériel clinique aussi riche que possible et, à cette fin, nous avons réuni une centaine d'observations. Par contre, nous avons laissé de côté, de propos délibéré, tout ce qui touchait la physiologie et la pharmacodynamie expérimentale, tout ce qui, par des méthodes d'investigation prolongées et laborieuses, aurait pu dépasser outre mesure le cadre de cet ouvrage, et — par les sentiers toujours séduisants mais toujours dangereux de l'Hypothèse — nous éloigner du terrain solide de l'observation directe.





INTRODUCTION

Il y a quelque temps déjà que nous poursuivons, sous la direction de M. Ravaut, l'étude des médicaments administrés uniquement par voie interne pour modifier des lésions cutanées sur lesquelles les traitements externes avaient échoué antérieurement.

Dans le petit dispensaire dont nous avons la direction, annexé auprès du service de l'hôpital Broca, nous avons, tour à tour, employé le cacodylate de soude à haute dose, la solution de Lugol (liqueur iode-iodurée) et les composés soufrés comme l'intramine et l'hyposulfite de soude. Les résultats intéressants obtenus par le cacodylate et le Lugol ont été exposés dans des travaux déjà publiés. L'action de l'hyposulfite de soude fera l'objet de notre thèse.

♦ ♦

Importance du Traitement par voie interne en Dermatologie

Avant d'aborder l'étude du nouvel agent thérapeutique, nous voulons insister sur ce fait que nous avons employé

la voie interne — buccale ou intra-veineuse — uniquement, à l'exclusion pour ainsi dire absolue de tout modificateur local, de tout topique. Nous avons cherché ainsi à préciser une fois de plus l'importance des traitements internes en dermatologie et apporter des arguments nouveaux à l'appui des idées affirmées par notre Maître, dans un article paru il y a quelque temps déjà. (*Presse Médicale*, 28 janvier 1920. L'importance des traitements internes en dermatologie.)

Le rôle du terrain, de l'état humoral, de ce qu'on appelle la « prédisposition » dans l'éclosion et l'évolution des dermatoses frappe l'observateur attentif. Sans vouloir examiner de près ce qu'est la prédisposition morbide, si elle est due, comme le voulait Jadassohn, à une sur-sensibilité particulière ou à une intolérance idiosyncrasique, remarquons simplement que cette question touche à des phénomènes mystérieux récemment entrés dans le domaine de la science. Elle se rattache aux phénomènes d'immunité, d'anaphylaxie, d'équilibre colloïdal, dont l'envergure dépasse de beaucoup les limites de notre travail.

Ce qui s'impose à l'observateur, c'est l'intervention du terrain dans presque toutes les affections cutanées, même dans celles dont l'origine externe paraît indiscutable. Ne voit-on pas, en effet, des teignes qui ne se développent que chez l'enfant et disparaissent à la puberté ? Ne voit-on pas des individus qui sont réfractaires même au parasitisme par les agents à organisation relativement supérieure (ptyriase, puces, helminthiases) ? Les faits d'observation sont légion qui montrent que des modifications apportées

à l'équilibre des humeurs, soit par des maladies intercurrentes, soit par les modifications glandulaires que subit l'organisme au cours de l'existence, font souvent disparaître des dermatoses qui s'étaient montrées rebelles jusqu'alors. Ainsi voit-on au cours de maladies, quelquefois légères, disparaître des affections cutanées dont l'origine externe ne semble pas faire de doute comme les trichophyties et le pytiriasis versicolor.

De même la pathogénie des dermatoses artificielles produites par l'irritation externe des substances chimiques devient moins obscure si nous faisons intervenir le rôle du terrain; sinon comment comprendre que le même corps chimique ou la même teinture capillaire, bien tolérée pendant des mois et des années, devienne subitement la cause d'accidents locaux et généraux? Comment s'expliquer que, dans un atelier, un même lavoir, parmi des centaines d'ouvriers manipulant les mêmes substances, seuls certains soient atteints, à l'exclusion d'autres? Comment comprendre que ces malades destinés aux affections les plus tenaces ont pu supporter et vivre, souvent de longues années, au milieu même de circonstances étiologiques extérieures qui sont plus tard à l'origine des complications cutanées? Il semble logique sinon évident, de chercher dans des modifications humorales ou dans des altérations viscérales les causes de cette nouvelle sensibilité.

Toutes les dermatoses, ou la plupart, seraient ainsi, à l'égal de la syphilis par exemple, des manifestations cutanées d'un processus général et, comme pour la syphilis, il est rationnel infiniment de diriger notre action théra-

peutique moins contre l'accident local que pour combattre les troubles généraux dont elles sont la signature. Trop souvent la thérapeutique purement externe n'est qu'un expédient, satisfaisant quelquefois, mais fertile en succès infidèles ou éphémères qui détournent notre attention de la recherche du trouble humoral ou viscéral dont la manifestation cutanée n'est que le reflet.

Ces idées nous ont amené à étudier et à constater que l'emploi exclusivement interne de médicaments simples et d'usage facile et non dangereux, comme le cacodylate, la solution de Lugol, l'hyposulfite de soude, peut, en agissant sur le terrain, donner d'excellents résultats chez des malades chez lesquels tous les traitements externes ont échoué jusqu'alors. Nous ignorons le mécanisme et l'action interne de ces médications, mais nous leur devons, — nos observations en font foi, — des succès thérapeutiques qui ne sont pas de simples coïncidences. Remarquons dès à présent qu'il nous a semblé devoir attribuer l'influence heureuse de l'hyposulfite à la fois à ses propriétés réductrices et à son action désensibilisatrice. L'emploi nous en a paru particulièrement efficace, en effet, dans les dermatoses qui peuvent être rapportées à une sensibilisation par *antigène* connu (dermites artificielles, eczémas professionnels) ou hypothétique (psoriasis, eczémas, etc.)

*
* *

L'hyposulfite de soude n'est pas un corps d'acquisition récente ou d'usage restreint. Il y a longtemps déjà qu'il

est employé pour ses propriétés réductrices en général, pour son action purgative spécialement.

M. Ravaut fut amené à l'employer en dermatologie dans les circonstances suivantes : Comme il recherchait sur les lapins les causes susceptibles d'augmenter la toxicité des arsenobenzols, il constata, ainsi que d'autres auteurs d'ailleurs, que les phénomènes d'oxydation jouaient un rôle très important. Consulté aussi par M. Délépine, alors pharmacien-chef de l'hôpital Broca, notre maître essaya l'action de corps réducteurs susceptibles d'empêcher ou de neutraliser ces oxydations. C'est ainsi qu'aidé par M. Rabeau, le chef de laboratoire, il fit une étude complète de l'action empêchante des corps réducteurs en général et se demanda si l'hyposulfite ne serait pas utilisable en thérapeutique dermatologique, administré par voie interne, et agissant soit comme modificateur du terrain, soit comme réducteur.

De cette question, notre thèse est la réponse.





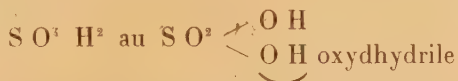
CHAPITRE I

CONSTITUTION CHIMIQUE DE L'HYPOSULFITE DE SOUDE MODE D'ADMINISTRATION ET REACTIONS

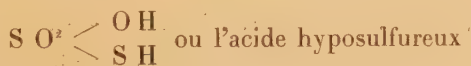
§ 1.

Constitution chimique

L'hyposulfite de soude est connu et employé comme réducteur depuis longtemps. C'est un dérivé de l'acide thiosulfurique ou hyposulfureux, de formule $S^2 O^3 H^2$. La constitution de cet acide est assez particulière. C'est, en somme, un acide sulfurique dont l'un des oxyhydriles est remplacé par un sulfhydrile. Ainsi l'acide sulfurique :

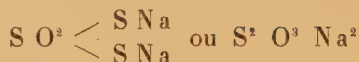


Si on remplace cet oxyhydrile par le sulfhydrile (s. h.) on aura un acide de formule :



appelé aussi « thiosulfureux » quelquefois. L'hyposulfite de soude n'est que le sel neutre de sodium correspondant à cet acide.

La formule sera donc :



C'est un corps qui cristallise avec 10 molécules d'eau. La formule exacte est donc $\text{S}^2 \text{ O}^3 \text{ Na}^2 + 10 \text{ H}_2\text{O}$. Il se présente toujours cristallisé en prismes rhomboïdes obliques ou bien, lorsqu'il absorbe l'humidité de l'air — c'est un corps déliquescent — comme un liquide sirupeux. Il est très soluble dans l'eau, en toutes proportions, insoluble dans l'alcool, de saveur amère et salée.

La réaction caractéristique qui le distingue des sulfites est classiquement connue : une solution aqueuse de sulfite de soude traitée par un acide dégage simplement de l'anhydride sulfureux sans se troubler ; au contraire, une solution d'hyposulfite de soude, dans les mêmes conditions, dégage aussi de l'anhydride sulfureux mais, en plus, est troublée par formation d'un dépôt de soufre. Ainsi :



On connaît les autres propriétés chimiques de l'hyposulfite qui toutes sont en relation avec son pouvoir réducteur.

Ce corps décolore la teinture d'iode, avec formation d'iode de sodium et de tétrathionate de soude. Il décolore également, en le réduisant, le permanganate de potassium. Aussi, peut-on utiliser l'hyposulfite de soude comme antidote dans le traitement des empoisonnements par ces

deux corps. Il dissout également les composés *halogènes* de l'argent : chlorures, bromures, iodures, et à ce titre il est employé en photographie.

Au point de vue thérapeutique, il peut être employé, comme nous venons de le voir, dans les empoisonnements par la teinture d'iode et par le permanganate de potassium. On l'a beaucoup employé autrefois, au même titre que le soufre, comme purgatif doux. Nous avons retrouvé ces propriétés laxatives chez nos malades traités par la voie buccale, ce qui n'était pas dénué d'avantages chez les constipés. Cependant, surtout lorsque nous avons cru devoir recourir aux grosses doses, la voie veineuse nous a semblé préférable.

L'hyposulfite de soude est réputé non toxique et l'usage copieux que nous en avons fait, sans aucune espèce de trouble, n'a pas été pour démentir cette assertion. Il serait néanmoins utile de déterminer sur les animaux de laboratoire son coefficient toxique et la dose limite par kilogramme de poids vivant. Nous n'avons pu trouver ni le loisir, ni les moyens matériels pour nous livrer, momentanément du moins, à ces recherches et force nous a été de cantonner nos recherches sur le terrain purement clinique et renoncer à cette étude comme à celle des transformations, métabolisme, élimination, de l'hyposulfite.

§ 2.

Mode d'administration

L'hyposulfite de soude n'est pas un corps toxique. Aussi, de ce chef, le médecin peut-il recourir à l'emploi de ce corps, toutes les fois qu'il jugera utile, sans appréhender l'éclosion d'accidents inquiétants ou fâcheux. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas manier le médicament, surtout aux doses massives que nous avons employées, avec prudence et seulement après avoir taté la susceptibilité particulière de chaque malade. Cela est d'autant plus important, qu'on ne peut pas dire exactement quelle est la dose utile et que l'on connaît assez mal les signes d'intolérance de l'organisme à l'égard de l'hyposulfite de soude. D'ailleurs, ce corps pourrait renfermer des impuretés capables de ménager des surprises peu agréables à l'imprudent qui en ferait un emploi sans progressivité. Les fortes doses sont souvent nécessaires, et quelquefois indispensables, dans le traitement de certaines dermatoses. Les psoriasiques surtout n'ont vu leurs lésions disparaître qu'au prix d'injections copieuses, renouvelées pendant de longs mois (voir chapitre Psoriasis) si bien que le total de 150 grammes, au bout de quelques mois de traitement, a été souvent atteint et même dépassé. Quant à la dose maxima que l'organisme puisse tolérer sans accident, il est difficile encore d'y répondre, car — nous répétons ce que nous avons déjà annoncé dans le préambule — nous avons employé le produit, préoccupé

de nous placer sur le terrain uniquement thérapeutique, tels que les moyens purement cliniques permettant de le constater.

Nous avons essayé successivement la voie buccale, la voie sous-cutanée et la voie intra-veineuse. Seules, les voies buccale et veineuse se sont montrées utilisables dans la pratique.

Voie buccale : Nous prescrivons par exemple :

Hyposulfite de soude.....	25 gr.
Sirop de sucre.....	125 gr.
Eau distillée.....	125 gr.

Le malade prend cette potion par cuillerées à bouche. Chaque cuillerée contient 2 grammes d'hyposulfite environ. L'adjonction du sucre semble avantageuse, théoriquement du moins, car son action réductrice s'ajoute à celle de l'hyposulfite si toutefois il faille rapporter les qualités thérapeutiques de ce corps à son affinité pour l'oxygène.

Quoi qu'il en soit, nous avons abandonné rapidement la voie buccale, comme méthode générale et courante, et nous l'avons réservée à certains cas spéciaux ou bien pour renforcer l'action de l'hyposulfite administré par voie veineuse. La voie digestive présente des inconvénients : diarrhée due à l'action purgative du produit, éructations d'odeur sulfurée, troubles gastriques.

Voie sous-dermique : La voie sous-cutanée n'est pas recommandable. Les injections sont douloureuses et sou-

vent, avec les doses plus importantes qui nécessitent une quantité d'excipient liquide relativement considérable (20-30 cme), nous avons eu à déplorer des abcès ou des foyers de sphacèle.

Voie veineuse : Par contre, avec la voie veineuse, la tolérance est parfaite. Les malades éprouvent bien au moment de l'injection, surtout lorsqu'elle est poussée trop vite, une odeur, ou plutôt une saveur désagréable dans la bouche, rappelant celle des eaux minérales sulfurées, mais il n'y a jamais d'éruptions fétides.

Nous avons utilisé également des solutions à 10 % et à 20 %, mais plus tard, devant l'inocuité absolue du produit et la nécessité d'arriver rapidement à des doses fortes, seules actives dans beaucoup de cas, nous nous sommes arrêtés à la solution à 20 %.

C'est un liquide incolore, quelquefois légèrement opalescent, de consistance plus dense que l'eau et même sirupeuse quelque peu. La stérilisation en est relativement facile. Cependant, ne pas oublier que l'hyposulfite supporte mal les températures supérieures à 110°. A partir de cette température, il se décompose partiellement, avec mise en liberté d'anhydride sulfurique. On stérilisera donc la solution à 105°, en recommençant 2, 3 fois à quelques heures d'intervalle.

La solution à 20 % est suffisamment concentrée pour permettre l'administration aisée, aux malades, de doses considérables de médicament (6-10 gr.) délayées dans une quantité d'eau relativement réduite (30-50 gr.), ce qui

simplifie toujours les manipulations et diminue les risques d'accidents imprévus.

La technique employée est celle de l'injection intra-veineuse devenue à l'heure actuelle d'un emploi très simple et facile pour la plupart des praticiens. Nous n'avons pas à décrire cette technique, aujourd'hui banale ; bien conduite, l'opération de ponction veineuse doit pour ainsi dire réussir toujours, même chez les femmes grasses à veines profondément enfouies sous un tissu sous-cutané épais. On se rappellera les conseils de M. Ravaut : Ce ne sont pas les veines que l'on voit le mieux, mais celles que l'on sent par le toucher qui sont plus faciles à piquer ; bien fixer la veine avec le pouce de la main gauche avant de pratiquer la ponction, autrement elle se dérobe au-devant de l'aiguille trop souvent mal affûtée.

Nous commençons par injecter d'emblée 2 cmc. de solution, c'est-à-dire 0 gr. 20 centigrammes d'hyposulfite directement dans les veines. Les jours suivants, on augmente progressivement la dose sans toutefois dépasser 30-40 cmc. par jour, c'est-à-dire 6-8 grammes de produit. Pour des raisons d'ordre pratique, en milieu hospitalier, nous nous sommes limités à faire 3 piqûres par semaine, c'est-à-dire une piqûre tous les deux jours ; mais nous ne voyons aucune objection à faire des injections plus rapprochées, quotidiennes, dans les cas aigus (*erythrodermies*, etc), ou particulièrement rebelles (*psoriasis*, certains *eczémas*).

Tous les malades ont été examinés au point de vue viscéral et les urines soigneusement analysées au point de vue albumine, sucre, pigments biliaires, etc.. Au cours du

traitement, nous avons répété ces examens. *M. Monthus*, ophtalmologiste de la Pitié, à qui nous sommes particulièrement reconnaissant, a bien voulu examiner systématiquement les yeux de nos malades, dont quelques-uns avaient subi préalablement, sans succès, le traitement par le cacodylate de soude à hautes doses.

§ 3.

Réactions de l'organisme

D'une manière générale, nous avons constaté la tolérance parfaite de l'organisme, même lorsque le traitement a été prolongé plusieurs mois. Jamais nous n'avons constaté dans les urines, à la suite des injections, la moindre trace d'albumine ou de pigments biliaires. Aucun malade n'a présenté, à aucun moment, le moindre trouble oculaire subjectif ou objectif. Quelques-uns seulement se sont plaints d'un goût soufré à la bouche, le soir ou le lendemain de l'injection. Enfin, un nombre très restreint (3-4) se sont plaints de vertiges passagers. Nous n'avons jamais observé de réaction locale : endophtalmitis ou abcédation comme avec la solution de Lugol.

Notons cependant chez quelques malades l'explosion d'un frisson, sans gravité et sans suite d'ailleurs, survenu brutalement peu de temps après la piqûre. Le plus souvent 10 à 20 minutes après avoir quitté l'hôpital où il venait de recevoir son injection, le malade était pris brusquement d'un frisson unique, intense, solennel, rappelant

celui de la pneumonie ou du *choc hémoclasique*. Il ne nous fut guère possible d'étudier de phénomène de plus près, d'autant moins saisissable qu'il ne survenait pas toujours avec la même solution et ne se renouvelait point chez le même patient, malgré l'augmentation des doses. Force nous est donc de l'attribuer à des causes éphémères et tout hypothétiques : stérilisation imparfaite du liquide, impureté du produit, stérilisation faite à une température trop élevée qui met en liberté de l'acide sulfurique, état particulier mais transitoire du malade devenu plus sensible à l'action de l'hyposulfite, action du produit sur les albumines du sang, *choc hémoclasique* dont la sensation de froid et le frisson ont pu être l'image et le reflet.

D'ailleurs, rien ne nous empêche de supposer que ce « choc » — dans quelque sens qu'on veuille prendre ce vocable — dénué de tout danger immédiat ou lointain pour le malade, ne lui soit, au contraire, salutaire, quant à la suppression de cette sensibilisation particulière de l'organisme qui prédispose aux dermatoses rebelles à évolution chronique.

Notons, pour clore ce chapitre, l'apparition, très rare d'ailleurs (3-4 fois sur plus de cent malades), d'une dermite légère rappelant la dermite soufrée.

CHAPITRE II

INDICATIONS DU TRAITEMENT

MODE D'ACTION — RESULTATS

Nous voulons, dans ce chapitre, dégager, à la lumière des faits cliniques et des résultats thérapeutiques qu'on lira plus loin, le mécanisme probable ou possible de l'action curative de l'hyposulfite ; en déduire ainsi les indications ; préciser davantage, en détailler, la posologie ; résumer enfin les résultats obtenus.

Remarquons, d'ores et déjà, que nous nous sommes attaqué le plus souvent à des dermatoses particulièrement rebelles comme le psoriasis ou l'eczéma chronique ; très souvent aussi, nous avons fait bénéficier du traitement des malades atteints d'affections aiguës en évoluant par poussées aiguës. Les résultats obtenus nous permettent de penser que le traitement par l'hyposulfite est nettement favorable, employé contre les accidents rebelles, récidivants, survenant par poussées, ainsi que dans les dermatoses aiguës relevant de troubles humoraux ou des infections.

§ I.

Mode d'action : L'hyposulfite de soude agit en modifiant le terrain ; cela ne fait aucun doute, aussi l'avons-nous

répété plusieurs fois au cours de ce travail. Encore faut-il, autant que possible, préciser la modalité de cette action, définir les termes du problème, chercher l'orientation générale de la solution, sinon cette solution même.

Il nous a semblé que l'action thérapeutique de l'hyposulfite est en relation avec ses propriétés réductrices et désensibilisatrices surtout.

Action réductrice : Nous avons déjà rappelé dans quelles circonstances M. Ravaut fut amené à utiliser le produit.

A la recherche d'un corps réducteur capable de neutraliser les effets nocifs des arsénobenzols partiellement oxydés, notre maître expérimente avec succès l'hyposulfite. Par la suite, il se demande si les qualités réductrices de ce corps ne seraient pas utiles pour combattre certains troubles cutanés persistants consécutifs aux injections d'arsénobenzols. Il guérit ainsi trois cas d'*erythrodermie*. (Voir *Presse Médicale*, 28 janvier 1920, article cité.)

Dans ces trois cas, l'hyposulfite de soude, corps réducteur, semble protéger l'organisme contre l'action toxique des *arsénobenzols oxydés*. Nous étions en droit, à la suite de ces succès, de nous demander si le produit ne serait pas actif également dans les autres dermatoses justiciables de topiques réducteurs, selon les règles de la thérapeutique dermatologique classique.

On connaît, en effet, les agents médicamenteux groupés sous le nom de « réducteurs » et qui constituent l'élément actif d'un grand nombre de préparations utilisées en dermatologie. C'est leur affinité pour l'oxygène qui expli-

querait, selon Una, leur action biologique et curatrice. On les a classés en réducteurs faibles qui jouissent de propriétés kératoplastiques, antiseptiques, décongestionnantes et antiprurigineuses ; les réducteurs forts qui sont exfoliants et très irritants avec production de dermo-épidermite intense.

Selon *M. Darrier* qui corrobore à ce point de vue les idées de Jadassohn, l'ordre d'activité croissante des réducteurs serait le suivant : sels mercuriels, résocine, soufre et sulfureux, goudrons, enfin l'acide pyrogallique et la *chrysarobine* qui sont les plus énergiques.

On sait également que l'on considère généralement dans la pratique comme étant justiciables du traitement par les topiques réducteurs les dermatoses suivantes : kérose et ses complications, eczémas secs ou *lichénifiés*, les *parakératoses* en général, le *psoriasis*. Aussi aurions-nous employé d'abord l'hyposulfite de soude dans ce groupe d'affections cutanées, s'il fallait suivre à la lettre les indications classiques. En réalité, ces dermatoses n'ont pas été toujours améliorées par l'hyposulfite. Nous avons donc préféré explorer des voies nouvelles et envisager à un point de vue différent l'action de ce composé.

Action désensibilisatrice : Après avoir cherché et précisé son action comme réducteur ; après en avoir traité les dermatoses réputées guérissables par les réducteurs avec des résultats divers et souvent nuls, nous avons remarqué, au contraire, l'amélioration et souvent la disparition de lésions qui ne devaient point — selon les idées en cours — bénéficier du traitement par les corps avides d'oxygène.

Assurément l'action salulaire des réducteurs, de l'hypo-sulfite en espèce, est attribuée, par hypothèse seulement, à leur affinité pour l'oxygène. Nous n'avons d'autre prétention, dans les lignes qui suivent, que d'expliquer cette action par une autre hypothèse, aussi fragile que la précédente peut-être, mais qui semble plus plausible, c'est-à-dire plus conforme aux faits cliniques et aux résultats que nous avons obtenus. D'ailleurs, l'une n'exclue pas l'autre : l'étiologie des affections de la peau est loin d'être *univoque* et nous cherchons moins à détrôner les anciennes méthodes de traitement que d'enrichir l'arsenal thérapeutique d'un nouvel et puissant instrument d'attaque. C'est pour mieux diriger cet instrument et en tirer le maximum de rendement utile que nous cherchons une base à la fois rationnelle et clinique aux indications à poser.

Nous émettons donc l'hypothèse que l'hyposulfite de soude agit par désensibilisation. Dès nos premières guérisons, en effet, — il vaut mieux dire peut-être disparition des lésions — nous nous sommes rendu compte que parmi les dermatoses que nous traitions, celles-là surtout ont paru s'évanouir dont l'éclosion semblait plus directement liée à la sensibilisation de l'organisme par un *antigène*.

Il suffit de regarder nos observations en général, pour arriver à cette conclusion.

Nous rappelons ici deux observations publiées, l'une par M. Ravaut, l'autre par son ancien interne, M. R. Mathieu. Toutes les deux montrent l'action désensibilisatrice de l'hyposulfite.

Voici donc la première observation (voir P. Ravaut et Rabeau, Dermite *érysipélateuse* de la joue récidivant régulièrement depuis plus de quatre ans. *Bulletin médical* 1920 N° 62) :

OBS. n° 1. — Mlle Andrée M..., âgée de 14 ans et demi. Elle vient consulter à l'hôpital Broca, en avril 1919, pour un érysipèle chronique dont le début date de quatre années.

On ne note rien dans ses antécédents héréditaires. Le père et la mère sont de bonne santé ; pas d'autres enfants, pas de fausses couches.

La jeune malade a un passé pathologique peu chargé. Seulement une rougeole à l'âge de cinq ans, une crise d'entérite.

Au printemps 1915, à l'âge de 9 ans et demi, elle a été atteinte d'un érysipèle généralisé de la face, s'étendant jusqu'au sommet du cuir chevelu, avec température à 39°8, ayant cessé au bout de neuf jours. Pendant plusieurs semaines a persisté une conjonctivite double qui a guéri par la suite.

Deux mois après, un nouvel érysipèle survient. La dermite est moins intense, la douleur et la cuisson moins vives, la fièvre peu élevée ; l'œdème est surtout marqué du côté gauche, il s'accompagne d'une forte réaction ganglionnaire ; la joue droite est légèrement atteinte ; il y a une conjonctivite double. Au bout de quatre jours, ces signes s'atténuent et disparaissent. Il persiste cependant un œdème léger de la joue gauche qui donne une asymétrie nette du visage, et une adénopathie sous-maxillaire.

Le mois suivant, nouvelle poussée localisée à la joue gauche, la lèvre supérieure, s'étendant jusqu'à l'oreille, sans érythème de la joue droite ; pas de fièvre. Elle dure quatre jours,

Par la suite, des poussées analogues se produisent tous les deux mois.

A l'âge de 11 ans, la malade est réglée, et elle nous dit que, à partir de ce moment, les rechutes sont presque toujours contemporaines de la période menstruelle. Nous verrons au cours de l'observation qu'elles n'ont pas cette régularité.

De 1915 à 1919, la malade a eu huit rechutes graves avec fièvre.

En outre, de petites poussées érysipélateuses durant quatre à cinq jours, localisées à la joue gauche, avec toujours tuméfaction ganglionnaire, sans fièvre, se reproduisaient tous les deux mois avant sa menstruation. Elles se renouvelaient chaque mois depuis l'apparition des règles.

La mère a présenté son enfant à de nombreuses consultations hospitalières et des traitements externes variés (pansements humides, pâtes, cold-cream...) ont été essayés sans aucun résultat.

Lorsqu'elle vient nous consulter, en avril 1919, elle était en poussée érysipélateuse caractérisée par un œdème élastique, résistant, de couleur rougé vineux clair, occupant la joue gauche, l'aile du nez, la lèvre supérieure, la paupière inférieure gauche, s'arrêtant à la région malaire et au sillon préauriculaire, avec léger bôurrelet. La peau est luisante, chaude, ne se laisse pas plisser. Elle est le siège d'une cuisson, avec prurit assez marqué. La conjonctive palpébrale et oculaire est injectée. De plus, on note un ganglion sous-maxillaire empâté du volume d'une noix et quelques ganglions plus petits de la chaîne cervicale. Il n'y a pas de fièvre, mais un malaise général, avec nausées.

L'examen de la malade ne révèle rien d'autre. Son développement est normal et sa santé est bonne, en dehors de ces poussées.

Devant l'échec complet des traitements externes, on est amené à tenter une thérapeutique spécifique. Nous nous adressons à un vaccin préparé par M. Nicolle contenant des streptocoques dosés à deux milligrammes de corps microbiens desséchés par ampoule.

17 mai 1919. — On fait une injection intra-musculaire d'une ampoule de vaccin Nicolle ; aucune réaction.

25 mai. — Petite poussée d'œdème rouge durant trois jours.

25 juin. — Injection intra-musculaire de deux ampoules de vaccin Nicolle, sans réaction.

3 juillet. — Injection de deux ampoules de vaccin Nicolle sans réaction.

25 juillet. — La malade a eu, quelques jours auparavant, une nouvelle poussée, tout à fait comparable à celles qu'elle avait avant le vaccin. Nous lui injectons deux ampoules de sérum antistreptococcique préparé par M. Cruveilhier ; aucune réaction.

26 juillet. — Injection intra-musculaire de deux ampoules de sérum antistreptococcique de Cruveilhier.

Dans l'après-midi, rougeur, puis œdème de la joue gauche, tuméfaction ganglionnaire, douleur avec sensation de tension qui dure 24 heures.

7 août. — Nous reprenons le traitement par le vaccin Nicolle. Nous injectons deux ampoules. Dans la soirée, réaction au niveau de la joue gauche ; léger empâtement, cuisson, adénopathie sous maxillaire, pas de fièvre.

22 août. — Poussée d'œdème dur et légèrement rosé, occupant toute la joue, la lèvre supérieure, les paupières de l'œil gauche, avec douleur vive. Augmentation de volume du ganglion sous-maxillaire, atteignant le volume d'une grosse noix ; quelques petits ganglions cervicaux.

Injection de deux ampoules vaccin Nicolle.

26 août. — Il persiste un léger œdème de la joue gauche, mais la poussée n'a été modifiée ni dans son intensité, ni dans sa durée, par l'injection du vaccin.

Injection de trois ampoules de vaccin Nicolle. Pas de réaction.

28 août. — Injection de trois ampoules de vaccin Nicolle. Pas de réaction.

30 août. — Injection de trois ampoules de vaccin Nicolle. Une heure après, frisson violent, nausées, rougeur du visage, sensation de brûlure très marquée ; cette réaction, très vive au début, dure quinze heures, allant en s'atténuant progressivement.

9 septembre. — Injection de deux ampoules vaccin Nicolle ; pas de réaction.

18 septembre. — Nouvelle poussée érysipélateuse ; rougeur, douleur, cuisson de la joue gauche ; empâtement net de la surface d'une paume de main, n'atteignant pas la paupière, tuméfaction ganglionnaire, pas de fièvre.

Injection de deux ampoules de vaccin Nicolle.

24 septembre. — La rougeur persiste encore ; les ganglions ne sont pas modifiés dans leur volume.

7 octobre. — Très violente poussée érysipélateuse s'étendant à toute la joue, la lèvre, la paupière supérieure. Œdème dur, tendu, de couleur rouge foncé, augmentation de volume du ganglion sous-maxillaire, avec empâtement de voisinage. Douleur très vive, malaise général, pas de fièvre.

Injection de deux ampoules de vaccin Nicolle.

8 octobre. — Diminution nette de la douleur seulement.

Injection de deux ampoules vaccin Nicolle.

Novembre. — La malade, qui ne vient pas nous consulter pendant ce mois, a eu, le 15, une poussée un peu moins vive que celle d'octobre ; elle a cessé sans traitement au bout de cinq jours.

26 décembre. — De nouveau, poussée érysipélateuse avec œdème dur de la joue gauche. La thérapeutique spécifique par le vaccin et le sérum n'ayant eu aucune action curative ou préventive, les poussées n'ayant été modifiées ni dans leur nombre, ni dans leur intensité, ni dans leur évolution, nous sommes amenés à tenter l'hyposulfite de soude qui nous a déjà donné d'excellents résultats dans des accidents d'ordre anaphylactique comparables à ceux-ci. Nous nous servons

d'hyposulfite de soude chimiquement pur en solution à 20 %, dans l'eau distillée, et nous l'employons en injections intra-veineuses.

Nous injectons ce jour 10 cent. cubes.

27 décembre. — Pas d'amélioration nette.

28 décembre. — Empâtement moins marqué, réaction ganglionnaire atténuée. L'examen du sang, pratiqué après cette poussée, montre la formule blanche :

Polynucléaires neutro.....	64
Lympho (petits et <u>moyens</u>).....	29
Grands mono.....	5 %
Eosinophiles	2 %

L'examen de l'urine révèle une légère phosphaturie ; ni sucre, ni albumine, ni éléments figurés.

30 décembre. — Etat local meilleur. Nous conseillons à la malade de revenir vers le 20 janvier, quelques jours avant la date probable de sa nouvelle poussée.

20 janvier 1920. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

22 janvier. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

23 janvier. — A seize heures, poussée d'œdème dur de la joue gauche avec réaction ganglionnaire qui semble cependant moins marquée, douleur vive, cuisson.

24 janvier. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

27 janvier. — Amélioration nette, joue beaucoup moins gonflée, ganglion moins volumineux. La poussée paraît avoir été abrégée.

9 mars. — La malade a eu en février une angine ; pas de poussée. Elle a pris une potion d'hyposulfite à la dose de 1 gr.

par jour, pendant quinze jours. La joue est rosée, avec léger œdème cependant.

11 mars. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

13 mars. — Injection intraveineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

20 mars. — Grosse poussée érythémateuse, sans œdème, mais avec réaction ganglionnaire vive.

Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

22 mars. — Poussée atténuée.

Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

24 mars. — Poussée terminée, la peau a repris sa couleur normale, le ganglion son volume antérieur.

1^{er} avril. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

5 avril. — Nouvelle poussée érythémateuse avec réaction ganglionnaire.

Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

6 avril. — Cessation de l'érythème,

12 avril. — Erythème très vif de la joue gauche avec tuméfaction du ganglion sous-maxillaire, et éruption d'herpès labial confluent. On injecte 10 cent. cubes d'hyposulfite et on prescrit un gramme d'hyposulfite en potion.

15 avril. — L'érythème n'a pas encore disparu. Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

21 avril. — Poussée érythémateuse avec quelques vésicules d'herpès. Injection intra-veineuse de 5 cent. cubes d'hyposulfite.

30 avril. — Injection intra-veineuse de 5 cent. cubes d'hyposulfite. On cesse l'hyposulfite par voie buccale.

Les 6, 12, 20 et 27 mai, injections intra-veineuses de 5 cent. cubes d'hyposulfite.

Aucune poussée au cours de ce mois, seulement un érythème très passager, sans douleur, sans tuméfaction sous-maxillaire. Le ganglion est toujours de même volume.

Les 3, 10, 17 et 24 juin, injections intra-veineuses de 5 cent. cubes d'hyposulfite.

Légère diminution de volume du ganglion. Aucune poussée.

Les 1^{er}, 8, 22 et 29 juillet, injections intra-veineuses de 5 cent. cubes d'hyposulfite.

Bon état local, pas de poussée. Le ganglion reste de même volume.

5 août. — Injection intra-veineuse de 5 cent. cubes d'hyposulfite.

La malade quitte Paris. Pendant son absence, on lui prescrit de prendre, une semaine sur deux, une potion d'hyposulfite à la dose de 2 grammes par jour.

Aucune poussée en août.

30 septembre. — Pas de poussée au cours de ce mois. Diminution de l'asymétrie faciale, la peau est redevenue plus souple ; le ganglion est diminué, dur, comme une grosse amande, sans péri-adénite.

12 et 27 octobre. — Injections intra-veineuses de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

Aucune poussée.

10 novembre. — Injection intra-veineuse de 10 cent. cubes d'hyposulfite.

13 novembre. — Localement, depuis le traitement par l'hyposulfite de soude, il y a eu une amélioration considérable. L'œdème chronique de la joue, qui persistait en dehors des poussées, a disparu, la peau n'est plus infiltrée, elle a repris sa souplesse, sa coloration normale. Le ganglion sous-maxillaire

est encore du volume d'une amande, il n'est pas douloureux, il n'y a pas d'empâtement de voisinage. Depuis sept mois, la malade n'a présenté aucun œdème, aucune rougeur de la joue gauche. Les périodes de calme avaient été auparavant de deux mois au plus, avec persistance d'un œdème donnant cette asymétrie du visage qui a disparu.

L'état général est bon. L'examen du sang donne :

Globules rouges	4.700.000
Globules blancs.....	6.900

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutro.....	66 %
Lymphocytes	27 %
Grands mono.....	5 %
Eosinophile	1 %

Les réactions de Hecht et de Wassermann négatives.

La réaction des précipitines, recherchée par M. Nicolle à l'Institut Pasteur, a été négative en ce qui concerne les streptocoques.

En résumé, il s'agit d'une jeune fille qui, en 1915, à l'âge de neuf ans et demi, contracte un violent érysipèle de la face ; deux mois après, récidive ; puis, régulièrement tous les deux mois, elle présente une nouvelle poussée. A l'âge de onze ans, c'est-à-dire un an et demi après le début de ces accidents, les règles apparaissent et la poussée érysipélateuse se reproduit presque tous les mois, coïncidant souvent, mais non constamment, avec les règles.

De 1915 à 1919, elle a présenté huit rechutes graves et tous les mois ou les deux mois des poussées moins intenses.

En avril 1919, elle vient nous consulter pour la première fois ; nous constatons des poussées de dermite érysipélateuses avec œdèmes, rougeur, léger bourrelet, conjonctivite et réaction ganglionnaire très nette. Nous renonçons à toute thérapeutique locale, les moyens employés jusqu'alors dans divers services n'ayant donné aucun résultat. D'avril à décembre 1919, nous tentons une thérapeutique spécifique par des stock-vaccins streptococciques préparés par M. M. Nicolle et du sérum antistreptococcique préparé par M. Cruveilhier. Malgré des réactions locales très nettes observées à la suite de quelques-unes de ces injections, nous n'obtenons aucune modification, ni dans l'apparition des poussées, ni dans leur intensité.

En décembre 1919, nous commençons le traitement par l'hypo-sulfite de soude, en injections intra-veineuses et en potions. Sous l'influence de ce médicament, donné à des doses que nous jugons peu élevées, nous voyons déjà la poussée de janvier 1920 s'atténuer. En février, pas de poussée. En mars, malgré un traitement préventif, la poussée apparaît, mais légère ; en avril, légère poussée durant 24 heures, puis apparition quelques jours après d'herpès facial très intense. A partir de ce moment, aucune nouvelle poussée ne se manifeste et le traitement est progressivement diminué. Pendant ces huit derniers mois, nous avons suivi régulièrement la malade qui n'a rien changé à son genre de vie ; non seulement il ne s'est produit aucune réaction, mais nous avons assisté à la diminution progressive de l'œdème localisé de la face, de la rougeur, du bourrelet et à la diminution très notable du ganglion siégeant sous l'angle de la mâchoire.

Voici la deuxième observation due à M. R. Mathieu, ancien interne de M. Ravaut. (Voir R. Mathieu, *Quelques recherches sur l'utilisation thérapeutique de l'hypo-sulfite*

de soude dans les œdèmes aigus circonscrits de Quincke, l'épilepsie et la chorée. Bulletin de la Société des Hôpitaux, 4 août 1921.)

Nous résumons cette observation.

OBS. n° 2. — M^{me} S..., 37 ans.

Antécédents. — Arthritisme familial et personnel avec prédominance de manifestations migraineuses.

Histoire de la maladie actuelle. — Depuis quelques années, les manifestations migraineuses se font beaucoup plus rares mais elles semblent remplacées par des poussées d'œdème circonscrit prurigineux et urticarien. Au mois d'août 1919 apparaît pour la première fois un œdème de la lèvre supérieure, par crises intermittentes, discret, fugace, qui s'efface au bout de 2-3 heures.

Au commencement de l'année 1921, l'œdème revient par poussées passagères mais s'étend à la face, aux paupières, à la langue, au pharynx. Quelques mois plus tard, la malade ne peut plus faire sa lessive : à la moindre tentative, elle voit survenir de forts œdèmes prurigineux localisés aux avant-bras, en même temps que des placards d'urticaire géant sur le reste du corps.

M. Mathieu conseille l'hyposulfite en potion que la malade ne peut tolérer à cause de troubles gastriques consécutifs.

Conseillé par M. Ravaut, il administre le même médicament en cachets que la malade supporte très bien. Les résultats sont excellents : les œdèmes sont totalement supprimés, à condition que la dose d'hyposulfite soit, au moins de quatre grammes par jour. Au-dessous de cette dose, la malade remarque parfois des poussées d'urticaire ou de petits œdèmes fugaces des lèvres. Grâce au traitement, elle fait ses lessives sans éprouver aucun inconvénient. Si elle interrompt volontairement la médication,

une rechute sérieuse ne tarde pas à se manifester. On a essayé, avant, de la traiter par la méthode antianaphylactique alimentaire sans aucune amélioration.

Voici donc une deuxième observation qui a la valeur d'une preuve expérimentale, tellement l'action du médicament est nette : l'absorption d'hyposulfite amène la disparition complète et immédiate des manifestations morbides ; dès que l'on cesse le traitement, les accidents reviennent. En plus, cette observation montre que la désensibilisation peut se faire par des procédés divers et que souvent l'hyposulfite agit là où les moyens communément employés (absorption de peptone) ont échoué.

Ces deux observations montrent nettement qu'il a été possible d'enrayer et de faire disparaître des dermites récidivant régulièrement depuis plusieurs années.

Nous sommes tentés à rapporter ces accidents à des manifestations d'ordre anaphylactique, dès que nous essayons de pénétrer la nature intime de ces faits.

La sensibilisation spéciale de ces deux malades et le rôle désensibilisant du médicament apparaissent indiscutable dans les deux observations. Les faits personnels que nous rapportons plus loin montreront l'action de l'hyposulfite dans certains eczémas évoluant par poussées récidivantes, dans certains psoriasis, dans l'urticaire et les prurits, enfin dans la furonculose où son rôle de modificateur des humeurs est tout aussi manifeste.

§ 2.

Posologie. — Nous avons déjà indiqué dans le chapitre précédent le mode d'administration. Rappelons que l'on peut également employer la voie buccale ou veineuse, à l'exclusion de la voie cutanée qui est douloureuse et peut donner lieu à des accidents fâcheux (escharres, nodules inflammatoires, etc.)

On commencera par injecter 2 cmc. de la solution à 20 % et on pourra monter rapidement à 20 cmc. (4 gr. d'hyposulfite) Quarante cmc. de solution (8 gr. d'hyposulfite) sont facilement supportés par le malade. Faire 3-4 injections par semaine et même tous les jours dans les cas de psoriasis particulièrement rebelles. Le traitement peut être continué sans inconvénient pendant des mois et il nous est arrivé plusieurs fois de faire jusqu'à 200 gr. d'hyposulfite au même malade, dans l'espace de 3-4 mois, sans qu'il fut incommodé aucunement.

Par la voie buccale, il peut être administré à des doses encore plus élevées, selon la formule déjà indiquée ou en cachets, mais il détermine quelquefois de la diarrhée et des éructations soufrées désagréables.

Enfin, il est important de continuer le traitement après la disparition complète des lésions. Nous pensons, en effet, que l'action désensibilisatrice de l'hyposulfite s'éteint rapidement et, d'autre part, le malade peut se résensibiliser si on arrête trop tôt le traitement. La voie buccale est recommandable dans ces cas. Donner trois jours par semaine l'hyposulfite en cachets de 2-3 gr. Continuer pendant 5-8 semaines.

§ 3.

Indications et résultats. — Il découle des considérations exposées précédemment que les affections cutanées en rapport avec une sensibilisation particulière de l'organisme seront particulièrement justiciables du traitement par l'hyposulfite.

Beaucoup de *dermites artificielles* traitées par nous ont été améliorées et souvent guéries. Les *erythrodermies* et les *eczémas artificiels*, mêmes celles qui évoluent depuis des années, changent rapidement d'aspect. Le prurit est supprimé dès les premières injections, les éléments s'affaissent et la peau devient moins infiltrée.

Parmi les *eczémas* dont il est difficile de saisir la cause exacte où l'antigène ayant entraîné la sensibilisation, nous avons obtenu, avec des succès, des succès fréquents. Les *eczémas aigus suintants*, ou évoluant par *poussées aiguës récidivantes*, sont particulièrement modifiables par notre traitement. Par contre, les *eczémas secs*, *lichénifiés*, n'ont pas été améliorés ; mais, même chez ces malades, on supprime très souvent le prurit devenu quelquefois intolérable.

Dans le *psoriasis*, il nous a été impossible de déterminer les cas qui peuvent bénéficier du traitement. Il y en a cependant puisque nous avons blanchi 5 malades sur 17.

Les *poussées d'urticaire* sont presque toujours jugulées par l'hyposulfite ; les *prurits essentiels*, très améliorés et souvent supprimés.

Enfin, dans certains cas (*les furonculoses*, par exemple), où l'influence des causes locales semble prépondérante, l'hyposulfite de soude s'est montré actif.

Telles sont les indications, tels sont les résultats de cette médication nouvelle, et la lecture de nos observations en précisera mieux les détails.

Nous n'avons certainement pas recueilli que des succès, mais nous serons satisfait d'avoir démontré l'existence d'un traitement capable d'améliorer, par voie interne exclusivement, le sort de malheureux malades débarrassés des pommades odieuses.

CHAPITRE III

RESULTATS DANS LE PSORIASIS

« Tous ceux qui connaissent le Psoriasis le connaissent pour incurable », disait M. Sabouraud dans un article publié il y a quelque temps (*Presse Médicale*, 21 janvier 1921). Et pour l'auteur, comme pour la plupart des dermatologistes, l'incurabilité de cette maladie, bénigne en soi et d'apparence superficielle, demeure un fait patent et certain.

Sans doute, il y a des cas légers qui paraissent guérir seulement parce que les intervalles de guérison apparente s'y montrent plus fréquents et plus prolongés, et ces cas ont donné l'illusion de s'améliorer par les traitements externes : ce sont des topiques agissant comme réducteurs, le plus souvent les goudrons et leurs dérivés, les mercuriaux, l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, etc... Mais, en réalité, les résultats acquis sont passagers, et les récurrences constantes et quelquefois rapides. Plus nombreux encore sont les cas que les traitements externes ne parviennent jamais à blanchir, pas même passagèrement.

Aussi, depuis longtemps déjà a-t-on cherché et signalé l'influence amélioratrice de plusieurs médications générales que nous allons passer en revue rapidement. Remarquons d'abord l'influence du terrain sur l'évolution du

psoriasis : ne voit-on pas les éléments cutanés se flétrir, s'atténuer et disparaître chez les malades atteints d'une pyrexie sérieuse et quelque peu prolongée ? Ne voit-on pas chez les intoxiqués chroniques, les alcooliques notamment, les psoriasis les plus infiltrés, ostréacés, particulièrement prurigineux ?

Cependant, le régime alimentaire ne paraît avoir aucune influence sur l'évolution du psoriasis si ce n'est la désintoxication systématique des alcooliques chroniques.

Par contre, plusieurs traitements internes, parfois très différents, ont paru agir. Les injections d'huile grise ou de calomel, même en l'absence de toute syphilis, ont donné, avec de nombreux succès, quelques bons résultats. De même, le cacodylate de soude à forte dose s'est montré actif dans certains cas entre les mains de M. Ravaut (*Presse Médicale*, article cité), Maréchal (*Thèse*, Paris 1919 : « Les hautes doses de cacodylate de soude en dermatologie) et nous-même. L'Enésol a pu améliorer aussi certains cas.

Plus récemment, Bory préconisa les injections de soufre dissout dans l'huile, mais il ne semble pas que cette solution ait tenu ses promesses mieux que les médications précédentes.

Des modificateurs agissant à la fois localement et sur l'état général : les eaux de Bourboule, d'Harrogate, de Louche ; la radiothérapie ont pu améliorer et quelquefois faire disparaître complètement des éléments invétérés.

Enfin, le simple sérum de cheval a eu sur le psoriasis une influence heureuse ou inattendue.

Nous arrivons donc à conclure que des traitements

très divers, agissant sur l'état général selon un mécanisme inconnu, ont modifié plus ou moins les éléments du psoriasis en l'absence de toute médication externe.

La diversité même de ces traitements nous empêche de leur attribuer une action spécifique directe contre la maladie qu'ils ont modifiée. Par contre, M. Danysz (Académie des Sciences, *Comptes rendus* T. 64, p. 527) partant du point de vue que la chronicité des certains dermatoses serait en relations avec la sensibilisation de l'organisme par des toxines d'origine microbienne issues de l'intestin, essaya de préparer un vaccin extrait de la flore aerobie du côlon. Il obtint ainsi, par l'emploi de ce vaccin, non pas toujours mais souvent, une amélioration du psoriasis quelquefois remarquable et de durée assez longue.

Ainsi, la question du traitement du psoriasis qui paraissait fermée d'avance à tout essai thérapeutique nouveau, en raison des innombrables échecs du passé, semble s'ouvrir de nouveau, si on considère de près les traitements internés. C'est dans ce sens que nous avons considéré l'action de l'hyposulfite et que nous avons employé ce nouvel agent dans une vingtaine de cas de psoriasis. Nous avons pris nos malades sans aucun choix, tels qu'ils se présentaient à la consultation. Aussi, nous sommes-nous trouvé devant des formes très variées, depuis les plus anciennes et rebelles jusqu'au psoriasis aiguës ou des parakeratoses psoriasiformes, véritables états de passage.

Voici nos observations avec le traitement détaillé et les résultats obtenus :

OBS. n° 3. — A... Lucie, 39 ans, marchande de vin.

Psoriasis aigu.

Début il y a 15 jours.

Pas de traitement antérieur.

Actuellement psoriasis à petits éléments du type parakératosique siégeant aux bras, aux jambes et sur la poitrine. Prurit intense.

JOURS	GR.
3 déc. 5 cmc. solut. hypos. de soude à 20 % intravein., soit	1
5 — 10 — — — — —	2
8 — 15 — — — — —	3
10 — 20 — — — — —	4
12 — 25 — — — — —	5
(Lésions pâlies, affaissées, prurit disparu.)	
16 — 25 — — — — —	5
17 — 25 — — — — —	5
19 — 25 — — — — —	5
22 — 25 — — — — —	5
24 — 25 — — — — —	5
29 — 25 — — — — —	5
31 — 25 — — — — —	5
(Lésions disparues sur les bras et sur la poitrine, il en persiste aux bras.)	
3 janv. 25 — — — — —	5
5 — 40 — — — — —	8
7 — 40 — — — — —	8
9 — 40 — — — — —	8
12 — 40 — — — — —	8
14 — 40 — — — — —	8
18 — 40 — — — — —	8
(Lésions entièrement disparues.)	

21	—	25	—	—	—	—	5
23	—	25	—	—	—	—	5
26	—	25	—	—	—	—	5
28	—	25	—	—	—	—	5
2 févr.	25	—	—	—	—	—	5
8	—	25	—	—	—	—	5
10	—	25	—	—	—	—	5
14	—	25	—	—	—	—	5
17	—	25	—	—	—	—	5
24	—	25	—	—	—	—	5

(Disparition des lésions persistantes.)

Total : 80 jours, 29 piqûres, 148 gr.

Résultats : Lésions disparues entièrement.

Remarquer dans cette observation la disparition rapide du prurit intense au début. C'est moins un cas de psoriasis vrai que de parakeratose psoriasique aiguë. Nous avons eu à traiter un deuxième cas, analogue au premier, mais avec résultat moins bon :

OBS. n° 4. — G... Félix, 48 ans.

Parakeratose psoriasiforme.

Début il y a 15 jours.

Traitement antérieur nul.

Reçoit en tout 52 gr. d'hyposulfite en deux mois.

Résultat : Amélioration légère mais lésions toujours présentes.

OBS. n° 5. — B... Emile, 33 ans, brossier.

Psoriasis.

Début il y a un an.

Actuellement psoriasis à gros éléments confluent sur le thorax et les membres.

Traité depuis 3 mois sans résultat au goudron, pommades, acide crysophanique, etc.

JOURS							
25 juillet	5 cmc.	solut.	hypos.	soude	10 %	intrav.	soit 0 50
28 —	10 —	—	—	—	—	—	1 g.
30 —	15 —	—	—	—	—	—	1 50
2 août	20 —	—	—	—	—	—	2 g.
4 —	20 —	—	—	—	—	—	2 g.
6 —	20 —	—	—	—	—	—	2 g.
9 —	20 —	—	—	—	—	—	2 g.
11 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
13 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
16 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
18 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
20 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
(Lésions affaissées, pâlies; pommade à l'hyposulfite.)							
22 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
1 sept.	25 —	—	—	—	—	—	2 50
3 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
5 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
8 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
10 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
(Lésions disparues.)							
13 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50
Total : 50 jours, 19 piqûres,							41 gr.

Résultat: Disparition des lésions, pas de réaction le 13 sept.

Ici nous avons employé, en plus, une pommade à l'hyposulfite de soude qui semble rendre plus rapide l'action de l'hyposulfite par voie interne (intra-veineuse).

OBS. n° 6. — C... Marthe, 19 ans, pâtissière.

Psoriasis.

Début il y a deux ans.

Traitée antérieurement à la Pitié, à Saint-Louis aux pommades sans résultat.

Actuellement : Psoriasis typique en plaque nummulaires couvrant toute la surface cutanée avec les localisations d'élection habituelles. Bonnes digestions, bien réglées, jamais de maladies cutanées, jamais de maladies vénériennes. W h 6.

JOURS						GR.
—						—
18 sept.	5 cmc.	solut. hypos.	soude 10 %	intrav.,	soit	0 50
20 —	10 —	—	—	—	—	1 »
22 —	20 —	—	—	—	—	2 »
25 —	25 —	—	—	—	—	2 50
27 —	25 —	—	—	—	—	2 50
29 —	25 —	—	—	—	—	2 50
1 ^{er} oct.	25 —	—	—	—	—	2 50
3 —	25 —	—	—	—	—	2 50
7 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Lésions pâlies, affaissées.)

9 —	15 —	—	—	20 %	—	3 »
11 —	20 —	—	—	—	—	4 »
13 —	25 —	—	—	—	—	5 »
15 —	25 —	—	—	—	—	5 »
17 —	25 —	—	—	—	—	5 »
20 —	25 —	—	—	—	—	5 »
25 —	25 —	—	—	—	—	5 »

(Amélioration en progression lente mais sensible.)

4 nov.	25 —	—	—	—	—	5 »
10 —	25 —	—	—	—	—	5 »
14 —	25 —	—	—	—	—	5 »
17 —	25 —	—	—	—	—	5 »
19 —	25 —	—	—	—	—	5 »
21 —	25 —	—	—	—	—	5 »
24 —	25 —	—	—	—	—	5 »
26 —	25 —	—	—	—	—	5 »

28 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
1 ^{er} déc.	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »

(Lésions disparues partiellement.)

5 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
8 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
10 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
12 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
14 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
16 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
18 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
20 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
29 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
3 janv.	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »

(Presque toutes les lésions sont disparues. Il en reste quelques-unes, aux plis d'extension, à peine visibles.)

5 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
7 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
10 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »

(Lésions complètement disparues.)

15 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
20 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
28 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »
31 —	25 —	—	—	—	—	—	—	5 »

(Lésions toujours absentes.)

Total : 4 mois, 43 piqûres.	191 gr.
-----------------------------	---------

Résultat : Disparition des lésions.

OBS. n° 7. — R... David, 23 ans, représentant de commerce.
Psoriasis.

Début il y a trois ans, depuis poussées continuelles subin-
trantes.

Traitement antérieur pommades, huile soufrée, liquide Fowler sans résultat.

Actuellement : Psoriasis à éléments nummulaires épars sur toute la surface cutanée, confluent au niveau des surfaces d'extension. Prurit intense.

JOURS		Gr.
14 nov.	4 cmc. solut. hypos. soude 20 % intraveineux soit	0 8
15 —	10 — — — — —	2 »
17 —	15 — — — — —	3 »
18 —	20 — — — — —	4 »
19 —	25 — — — — —	5 »
22 —	25 — — — — —	5 »
24 —	25 — — — — —	5 »
27 —	25 — — — — —	5 »
1 ^{er} déc.	25 — — — — —	5 »
3 —	25 — — — — —	5 »
8 —	25 — — — — —	5 »
10 —	25 — — — — —	5 »
12 —	25 — — — — —	5 »
(Prurit disparu, mais lésions inchangées.)		
16 —	25 — — — — —	5 »
17 —	25 — — — — —	5 »
19 —	25 — — — — —	5 »
22 —	25 — — — — —	5 »
(Lésions pâlies affaissées.)		
26 —	25 — — — — —	5 »
31 —	40 — — — — —	8 »
5 janv.	40 — — — — —	8 »
7 —	40 — — — — —	8 »
9 —	40 — — — — —	8 »
12 —	40 — — — — —	8 »
14 —	40 — — — — —	8 »

(Lésions en voie de disparition.)

18	—	40	—	—	—	—	8	»
22	—	40	—	—	—	—	8	»
26	—	40	—	—	—	—	8	»
28	—	40	—	—	—	—	8	»
30	—	40	—	—	—	—	8	»
(Lésions disparues.)								
2 fév.	40	—	—	—	—	—	8	»
4	—	40	—	—	—	—	8	»
6	—	40	—	—	—	—	8	»
Total : 3 mois, 32 piqûres.							190 gr.	

Résultat : Disparition des lésions.

Au bout de huit mois, lésions toujours absentes.

Voici donc un premier lot d'observations (5 observations) où nous avons obtenu des résultats relativement bons avec disparition persistante des lésions.

Nous inscrivons plus bas douze autres cas de psoriasis qui furent à peine améliorés ou, plus souvent, guère touchés par le traitement à l'hyposulfite. Nous faisons remarquer, cependant, que la moitié de ces malades ont suivi le traitement très irrégulièrement :

OBS. n° 8. — Mme H... Cécile, 35 ans, concierge.

Psoriasis.

Début il y a 22 ans ; évolution par poussées continuelles avec de rares rémissions.

Traitements antérieurs : pommades, goudron, arsenic, etc., sans résultat appréciable.

JOURS		GR.
18 nov.	5 cmc. solution hyposulf. soude à 20 % intrav. soit	1 »
21	10 — — — — —	2 »

22	—	15	—	—	—	—	3	»
26	—	20	—	—	—	—	4	»
3 déc.	25	—	—	—	—	—	5	»
5	—	25	—	—	—	—	5	»
8	—	25	—	—	—	—	5	»
10	—	25	—	—	—	—	5	»
12	—	25	—	—	—	—	5	»
(Lésions inchangées.)								
17	—	25	—	—	—	—	5	»
19	—	25	—	—	—	—	5	»
22	—	25	—	—	—	—	5	»
24	—	25	—	—	—	—	5	»
29	—	25	—	—	—	—	5	»
(Lésions inchangées.)								
3 janv.	25	—	—	—	—	—	5	»
5	—	40	—	—	—	—	8	»
7	—	40	—	—	—	—	8	»
9	—	40	—	—	—	—	8	»
12	—	40	—	—	—	—	8	»
18	—	40	—	—	—	—	8	»
23	—	40	—	—	—	—	8	»
(Lésions inchangées.)								
26	—	40	—	—	—	—	8	»
28	—	40	—	—	—	—	8	»
30	—	40	—	—	—	—	8	»
2 fév.	40	—	—	—	—	—	8	»
4	—	40	—	—	—	—	8	»
17	—	40	—	—	—	—	8	»
19	—	40	—	—	—	—	8	»
22	—	40	—	—	—	—	8	»
27	—	40	—	—	—	—	8	»
(Lésions inchangées.)								

Total : 100 jours, 31 piqûres.

190 gr.

Résultat : Pas de changement appréciable des lésions.

Voici donc une première malade qui suivit un traitement particulièrement intensif et régulier, puisqu'elle a reçu 190 gr. d'hyposulfite en 100 jours. Les plaques psoriasiques ne furent guère changées cependant.

OBS. n° 9. — Yvonne S..., 21 ans.

Psoriasis.

Début il y a un an.

Traitement antérieur par pommades sans résultat.

Actuellement : Psoriasis à éléments nummulaires disséminés sur toute la surface cutanée.

JOURS		GR.
22 fév.	5 cmc. solut. hyposulfite à 20 % intraveineux soit	1 »
24 —	10 — — — — —	2 »
26 —	20 — — — — —	4 »
28 —	25 — — — — —	5 »
2 mars	25 — — — — —	5 »
4 —	25 — — — — —	5 »
6 —	25 — — — — —	5 »
	(Lésions stationnaires.)	
10 —	25 — — — — —	5 »
12 —	40 — — — — —	10 »
15 —	40 — — — — —	10 »
18 —	40 — — — — —	10 »
21 —	40 — — — — —	10 »
24 —	40 — — — — —	10 »
	(Lésions inchangées.)	
26 —	40 — — — — —	10 »
27 —	40 — — — — —	10 »
1 ^{er} avril	40 — — — — —	10 »
	(Lésions stationnaires.)	
Total : 40 jours, 16 piqûres.		112 gr

Résultat : Nul.

Même traitement intensif sans résultat.

OBS. n° 10. — A... Hélène, 10 ans.

Psoriasis.

Début depuis plusieurs années.

Traitement antérieur par pommades.

Actuellement : Psoriasis à éléments discrets mais disséminés sur toute la surface cutanée.

JOURS						Gr.
—						—
25 oct.	2 cmc.	solut. hypos.	soude 20 %	intrav.	soit	0 40
27 —	5 —	—	—	—	—	1 »
29 —	10 —	—	—	—	—	2 »
3 nov.	15 —	—	—	—	—	3 »
7 —	20 —	—	—	—	—	4 »
10 —	20 —	—	—	—	—	4 »
(Lésions inchangées.)						
12 —	20 —	—	—	—	—	4 »
14 —	20 —	—	—	—	—	4 »
24 —	20 —	—	—	—	—	4 »
(Le malade interrompt le traitement.)						
Total : 30 jours, 9 piqûres.						27 gr.

Résultat : Nul.

Ici le traitement est interrompu au bout d'un mois. Il n'y a aucun changement.

OBS. n° 11. — R... D., fourreur, 27 ans.

Psoriasis.

Début il y a 4 ans ; poussées continues.

Traitement antérieur : Pommades sans résultat.

Actuellement : Eruption discrète, quelques éléments aux plis d'extension et à niveau du scrotum.

JOURS		GR.
3 déc.	5 cmc. solut. hypos. de soude à 20 % intrav. soit	1 »
5 —	10 — — — — —	2 »
8 —	15 — — — — —	3 »
10 —	20 — — — — —	4 »
12 —	25 — — — — —	5 »
16 —	25 — — — — —	5 »
17 —	25 — — — — —	5 »
19 —	25 — — — — —	5 »
22 —	25 — — — — —	5 »
5 janv.	25 — — — — —	5 »
(Lésions inchangées.)		
7 —	40 — — — — —	8 »
12 —	40 — — — — —	8 »
18 —	40 — — — — —	8 »
28 —	40 — — — — —	8 »
(Lésions inchangées.)		
Total : 45 jours, 14 piqures.		72 gr.

Résultat : Lésions inchangées.

OBS. n° 12. — R... Daniel, médecin, 33 ans.

Psoriasis.

Début depuis septembre 1912 ; poussées continuelles.

Traitement antérieur : Goudrons, huile de cade, chrisarobine, acide pyrogallique, soufre Borry, Bourboule.

Résultat : blanchiments passagers toujours suivis de récides rapides.

Actuellement : Psoriasis à éléments nummulaires généralisés, plus abondants au niveau des deux coudes. Le malade se plaint surtout d'une sensation de sécheresse mordicante de la peau dont il ne peut se débarrasser depuis qu'il est malade.

Pas d'albumine, ni sucre dans les urines. W h 8.

En cinq mois de traitement, le malade reçoit plus de 200 gr. d'hyposulfite, sans grand changement des éléments psoriasiques. Par contre, dès les premières piqûres, la sensation très désagréable de sécheresse de la peau a disparu.

Nous revoyons le malade dix-huit mois plus tard. Il ne suit plus aucun traitement. Les éléments de psoriasis se sont étendus mais sont moins saillants, guéris au milieu, rappelant l'eczéma flanelleaire. Le malade est relativement satisfait parce que, dit-il, depuis le traitement à l'hyposulfite, il n'est plus guère tourmenté par des symptômes subjectifs du côté de la peau (prurit, sécheresse mordicante, etc.). Donc, à ce point de vue, amélioration notable.

OBS. n° 13. — Mlle R... Alice, 32 ans, infirmière.

Psoriasis.

Début il y a un an.

Traitement : goudrons, pommades, sans résultat.

Actuellement : Psoriasis à gros éléments peu nombreux.

Traitement : En 20 jours, 26 gr. d'hyposulfite en 9 piqûres.

Résultat : Nul.

La malade a interrompu le traitement rapidement.

Même interruption rapide ou irrégularité du traitement chez les trois malades suivants :

OBS. n° 14. — M. J... C.

Reçoit 18 gr. d'hyposulfite en 20 jours.

Résultat : Nul.

OBS. n° 15. — Mlle D... M.

Reçoit 20 gr. d'hyposulfite en 15 jours.

Résultat : Nul.

OBS. n° 16. — M. V... J.

Reçoit 48 gr. d'hyposulfite en 30 jours.

Résultat : Nul.

Au contraire, les quatre malades qui suivent ont reçu un traitement régulier non suivi de résultat appréciable ou à peine améliorés :

OBS. n° 17. — Mlle R... D.

Reçoit 78 gr. d'hyposulfite de soude en 50 jours.

Résultat : Amélioration légère, lésions affaissées, moins infiltrées, moins squameuses.

OBS. n° 18. — M. R... J.

Reçoit 96 gr. d'hyposulfite en deux mois.

Résultat : Nul.

OBS. n° 19. — M^{me} T... D.

Reçoit 64 gr. en 40 jours sans résultat.

En résumé, sur les dix-sept cas de psoriasis traités, nous avons quatre cas avec disparition complète des lésions, deux cas très améliorés, onze cas enfin où les lésions ne semblent pas avoir été modifiées par le traitement.

Il est difficile de juger d'avance quels sont les psoriasiques destinés à bénéficier du traitement par l'hyposulfite et d'ailleurs, même pour les malades que nous avons blanchi complètement, il nous semble que la guérison ne peut être certaine qu'après des années de surveillance. Nous aurons démontré au moins le rôle possible du traitement interne dans une affection où l'on connaît l'inanité absolue des régimes alimentaires et le rôle médical médiocre, les résultats misérables des topiques, des pommades.

Comment ne pas penser, après de tels résultats, qu'on ne pourrait trouver des agents meilleurs que l'hyposulfite, mais toujours dans le même sens, c'est-à-dire du traitement général. Après si peu d'essais, le champ des recherches nouvelles reste immense.

CHAPITRE IV

ECZEMAS

Il y a peu de dermatoses où l'influence du terrain, de la prédisposition, soit plus manifeste que dans l'eczéma, ou les eczémas si l'on veut.

Ne voit-on pas des sujets divers, soumis à une même cause externe irritante, réagir d'une manière tout à fait différente ? Chez les uns on verra au niveau du point traumatisé qu'un érythème léger ou une dermite eczématisforme évoluant rapidement vers la guérison ; chez les autres, cette dermite pourra persister après que l'action de l'agent irritant (teinture capillaire, par exemple) a cessé de s'exercer. Bien plus : cette dermite prendra une marche extensive, pourra se généraliser, devenir chronique et présenter tous les caractères de l'eczéma le plus rebelle.

Tout se passe donc comme si les individus pouvaient être séparés en deux catégories différentes selon leurs aptitudes réactionnelles vis-à-vis des agents irritants externes ou internes : les sujets d'une première catégorie se trouveraient dans un état physiologique leur conférant une immunité relative vis-à-vis de l'agent nocif ; chez les autres, existeraient des conditions pathologiques constituant une prédisposition morbide.

Ainsi posée, la question de la nature de l'eczéma se trouve sinon résolue du moins simplifiée. L'ancienne distinction entre les états d'eczéma vrai, d'eczéma maladie, et de réaction eczématiforme perd son importance.

Rappelons, en effet, que pour Hébra et l'Ecole de Vienne, l'eczéma était une affection qui n'avait rien de spécifique, un mode de réaction cutanée à l'égard des agents les plus divers que l'on peut toujours déterminer sur le premier individu venu.

Pour l'Ecole française, au contraire, l'eczéma implique l'existence d'une sensibilité particulière de la peau traduisant une altération des humeurs ou une diathèse.

M. Besnier voulut créer deux appellations distinctes applicables à deux maladies différentes : « l'eczématisation » pour désigner l'eczéma réaction banale et transitoire des Viennois, « l'eczéma-maladie » pour dénommer l'eczéma des Français, chronique et récidivant, lié à une condition particulière du terrain.

En réalité, en serrant les faits de plus près, on est conduit à admettre toute une gamme d'états intermédiaires entre ces deux formes extrêmes et, au contraire, on serait souvent amené à classer dans des cadres distincts des tableaux absolument identiques si on gardait les appellations de Besnier. Dès lors, toute différence fondamentale entre l'eczématisation et l'eczéma vrai disparaît. Il n'y a plus qu'une question de degré et toute eczématisation, quelque manifeste en soit la cause et fugace l'évolution, semble participer de la même nature et mériter le même nom que l'eczéma le plus rebelle, à marche chronique et récidivante.

Ainsi, la conception de l'eczéma se trouve ramenée à l'unité. Tout eczéma est l'expression d'un trouble humoral qui préexistait déjà en puissance ; il a suffi d'une irritation locale ou générale, connue ou ignorée, pour déclencher la réaction cutanée et mettre en évidence une maladie jusqu'alors latente. Ce n'est que la sensibilisation plus ou moins importante, plus ou moins durable de l'économie, qui détermine le mode et le terme de la réaction cutanée.

Nous ne saurions préciser en quoi consiste exactement cette sensibilisation et sans doute le mécanisme n'en est guère univoque, mais il est certain que nous avons obtenu nos plus beaux succès dans les cas qui paraissaient en relation avec un antigène connu.

Les dermites artificielles, je veux dire même celles qui ne se manifestent pas forcément selon la modalité eczéma, sont le triomphe de la médication à l'hyposulfite.

Que l'on nous fasse grâce de la réplique : « Il est aisé de guérir les eczémas artificiels car *sublata causa*... » Nous nous sommes attaqués le plus souvent aux eczémas les plus rebelles, évoluant depuis de longues années chez des malades qui avaient épuisé l'arsenal des topiques externes, onguents, pâtes et pommades, et quelquefois même nous avons fait disparaître des lésions qui avaient résisté à la médication arsenicale ou iodo-iodurée par voie veineuse.

Avant de résumer nos observations, nous ferons remarquer que nous tenons pour inutile de rappeler ici tous les traitements dirigés antérieurement contre l'eczéma, traitements dont nous ne contestons pas d'ailleurs l'efficacité

réelle ou contingente, mais dont l'énumération nous semble oiseuse. Remarquons cependant que les meilleurs sont précisément les traitements qui s'adressent au terrain (diète, régime) et que l'emploi des topiques semble de plus en plus relégué à un rang subalterne et adjuvant.

*
**

Nous n'essaierons pas de classer les eczémas autrement que d'après la topographie des lésions et l'apparition spontanée, en apparence du moins, ou déterminée par un agent extérieur. Nous englobons dans un même chapitre les eczémas et les dermites artificielles et nous classons nos observations par région, selon que la cause est plus ou moins manifeste.

§ 1.

Dermites artificielles

Nous rapportons quatre cas personnels et trois cas que nous résumons d'après M. Ravaut.

OBS. n° 20. — V... Victor, 46 ans, jardinier.

Dermite artificielle du cuir chevelu par teinture capillaire.

Début il y a 6 mois.

Antécédents : Il y a 6 ans syphilis irrégulièrement et insuffisamment traitée.

Actuellement : Dermite du cuir chevelu, de la face, des épaules ; peau rouge, chaude, infiltrée ; suintement, croûtes, prurit et ardeur intenses, par endroit vésicules d'eczéma.

Traité, sans résultat, depuis 4 mois, par pommades.

JOURS						GR.
12 juill.	5 cmc.	solut. hypos.	sodium 10 %	s.-c. intrav.	soit	0 50
14 —	8 —	—	—	—	—	0 80
16 —	10 —	—	—	—	—	1
18 —	15 —	—	—	—	—	1 50
(Inflammation disparue, prurit absent.)						
21 —	25 —	—	—	—	—	2 50
23 —	25 —	—	—	—	—	2 50
25 —	27 —	—	—	—	—	2 50
(Lésions complètement disparues.)						

Total : 13 jours, 7 piqûres.

11 gr. 30.

Résultat : Disparition des lésions, pas de réaction depuis le 25 juillet.

OBS n° 21. — M^{me} N..., 38 ans.

Dermite artificielle prurigineuse à la suite d'absorbition médicamenteuse.

Début il y a 10 jours.

Traitement antérieur : Glycérolés, pommades. Résultat nul.

Actuellement : Erythrodermie de la face et des mains, douleurs articulaires dans les genoux, les poignets, les épaules, etc. Point douloureux épigastrique. Le foie est augmenté de volume. Il n'y a pas de fièvre ni atteinte de l'état général.

La malade reçoit 60 gr. d'hyposulfite de soude par voie intraveineuse dans l'espace d'un mois, répartis en 16 piqûres.

Amélioration rapide dès les premières injections. Le prurit disparaît après la 5^e piqûre ; l'érythrodermie après la 11^e piqûre.

OBS. n° 22. — M^{me} B..., 42 ans.

Dermite du cuir chevelu par teinture capillaire.

Début il y a huit mois.

Traitement antérieur : pommades sans résultat.

Actuellement : Dermite eczématisée, impetiginisée par place, du front et de la nuque.

On met la malade à l'hyposulfite. Elle reçoit en 4 mois 96 gr. d'hyposulfite par voie veineuse, à l'exclusion de tout traitement local si ce n'est quelques pansements humides à l'eau d'Alibour, au début pour combattre l'impétigo.

Il y a amélioration rapide pendant le premier mois. Le deuxième mois, les lésions s'affaissent, pâlisent, mais ne disparaissent pas. Même état au bout de 4 mois. En résumé, amélioration considérable.

OBS. n° 23. — M^{me} G..., 46 ans.

Dermite eczémateuse d'origine artificielle (teinture).

Début il y a 6 mois.

Traitement antérieur : pommades sans résultat.

Actuellement : Eczéma croûteux du cuir chevelu, de la nuque, du front.

La malade reçoit 30 gr. d'hyposulfite assez irrégulièrement pendant un mois. Puis elle ne vient plus.

Résultat : nul.

OBS. n° 24. — B... M.

Il s'agit d'un syphilitique atteint d'érythrodermie ayant débuté brusquement un mois auparavant, au cours d'un traitement par le novarsenobenzol ; actuellement il présente encore de la desquamation, de la rougeur des téguments, du prurit, dont la disparition est rapide par l'administration, par voie buccale, de 6 gr. d'hyposulfite de soude en 24 heures.

OBS. n° 25. — F... G.

Il s'agit d'une érythrodermie extrêmement intense, ayant envahi tout le corps, avec bouffissure de la face, des yeux, fièvre élevée, subdélire, etc., chez un alcoolique dont le foie semble altéré. On administre 6 gr. d'hyposulfite, par jour, par voie buccale. Au bout de trois semaines, les lésions sont presque complètement disparues.

OBS. n° 26. — R... D.

C'est un malade qui, dès les premières injections de novarsenobenzol, présenta tout à coup un érythème généralisé avec bouffissure de la face et des paupières, fièvre, subictère, oligurie avec présence de pigments biliaires et d'urobiline dans les urines, etc. Il reçoit aussitôt 8 gr. d'hyposulfite de soude en injection intraveineuse.

En quelques heures, tous les phénomènes s'atténuèrent et le subictère disparut le lendemain. Les jours suivants, on continue le même traitement et, huit jours après, la rougeur des téguments avait disparu.

Ainsi, sur les 7 cas de dermite artificielle, 6 ont été guéris.

§ 2.

Eczéma professionnel

Voici trois observations d'eczéma d'origine externe (professionnel) ou nous avons obtenu de bons résultats.

OBS. n° 27. — L... Fernand, cimentier, 56 ans.

Dermite eczémateuse d'origine externe (gale des cimentiers).

Début depuis de longues années.

Traitement antérieur : Pommades.

Résultats inconstants et passagers.

Actuellement : Gale des cimentiers typiques aux deux mains et aux avant-bras.

On fait au malade 22 injections d'hyposulfite en deux mois.

Total : 80 grammes d'hyposulfite.

Résultat : Amélioration considérable ; lésions en voie de disparaître. Le malade a repris son travail.

OBS. n° 28. — G. Joseph, 57 ans, ouvrier raffineur.

Dermite érythémo-squameuse ; eczéma.

Début il y a 15 jours.

Pas de traitement antérieur.

Actuellement : Dermite érythémo-squameuse couvrant, par larges placards confluent, la poitrine, le dos, les bras. Placards de dermite infectée sur les deux jambes. Prurit intense la nuit surtout ; desquamation. Par endroit suintement.

JOURS		GR.
6 oct.	5 cmc. solution hyposulfite soude 20 % intrav., soit	1 »
8 —	10 — — — — — — — — — —	2 »
10 —	10 — — — — — — — — — —	2 »
13 —	15 — — — — — — — — — —	3 »
15 —	20 — — — — — — — — — —	4 »
(Lésions pâlies, prurit disparu.)		
17 —	25 — — — — — — — — — —	5 »
20 —	25 — — — — — — — — — —	5 »
22 —	25 — — — — — — — — — —	5 »

24 —	25 —	—	—	—	—	5 »
27 —	25 —	—	—	—	—	5 »
30 —	25 —	—	—	—	—	5 »

(Lésions disparues sur le thorax et les bras, lésions des jambes persistent.)

3 nov.	25 —	—	—	—	—	5 »
5 —	25 —	—	—	—	—	5 »
15 —	25 —	—	—	—	—	5 »
18 —	25 —	—	—	—	—	5 »

(Lésions en voie de disparition.)

Total : 40 jours, 15 piqûres.	62 gr.
-------------------------------	--------

Résultat : Amélioration notable.

OBS. n° 29. — M... Henriette, 61 ans.

Eczéma des bras et des avant-bras (professionnel).

Début il y a 3 semaines.

Actuellement : Eczéma peu suintant, peau rouge infiltrée, desquamation.

Traitée antérieurement sans résultat par pommades.

JOURS		GR.
26 août	5 cmc. solut. hypos. soude 10 % intrav.,	soit 0 50
27 —	10 — — — — —	— 1 »
29 —	15 — — — — —	— 1 50
1 ^{er} sept.	20 — — — — —	— 2 »

(Lésions affaissées, pâlies, infiltration et prurit disparus.)

4 —	25 —	—	—	—	—	2 50
8 —	25 —	—	—	—	—	2 50
11 —	25 —	—	—	—	—	2 50
15 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Epidermisation.)

Total : 20 jours, 8 piqûres,	15 gr.
------------------------------	--------

4 sept.	25	—	—	—	—	2 50
13 —	25	—	—	—	—	2 50
15 —	25	—	—	—	—	2 50
18 —	25	—	—	—	—	2 50

(Lésions stationnaires.)

Total : 40 jours, 6 piqûres hyposulfite, 9 piqûres cacodylate.
7 gr. 70 hyposulfite, 17 gr. 50 cacodylate.

22 sept. : On met la malade à la pommade ichtyol.

15 oct. : Lésions en voie de cicatrisation.

22 oct. : Lésions disparues.

Résultat : Lésions disparues, pas de réaction depuis le 22 octobre.

OBS. n° 31. — M... Madeleine, 57 ans, femme de ménage.

Dermite artificielle des mains et des avant-bras ; eczéma.

Début il y a 2 mois, à la suite d'une frotte.

Actuellement : Eczéma, peau rouge, infiltrée, vernissée, ichthyosique, desquamation pelliculaire aux plis interdigitaux, lésion à type dishydrosique. Prurit, ardeur intense.

Traitée sans résultat depuis un mois (pommades).

JOURS						GR.
15 oct.	3 cmc.	solut. hypos.	soude 20 %	intrav.,	soit	0 60
18 —	5 —	—	—	—	—	1 »
20 —	10 —	—	—	—	—	2 »
22 —	20 —	—	—	—	—	4 »
25 —	25 —	—	—	—	—	5 »
(Peau moins rouge, lésions moins diffuses.)						
28 —	25 —	—	—	—	—	5 »
30 —	25 —	—	—	—	—	5 »
4 nov.	25 —	—	—	—	—	5 »

10	—	25	—	—	—	—	—	5	»
12	—	25	—	—	—	—	—	5	»
14	—	25	—	—	—	—	—	5	»

(Lésions stationnaires ; on met la malade au cacodylate de sodium.)

15 nov.	3	cmc. solut. cacodylate sodium 10 % intrav., soit	0	30
18	—	5	—	0 50
20	—	10	—	1 »
26	—	10	—	1 »

Total : 40 jours, 11 piqûres hyposulfite de sodium, 4 piqûres cacodylate de sodium, 42 gr. 60 hyposulfite, 2 gr. 80 cacodylate.

Résultat : Lésions stationnaires.

N° obs.	NOM DE LA MALADE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	Traitement antérieur	TRAITEMENT ACTUEL	RÉSULTAT
32	D. MARIE 56 ans	Eczéma des blanchisseuses	5 ans	pommades sans résultat	40 gr. hyposulfite en 14 piqures (un mois)	Nul, la malade interrompt le traitement.
33	E. FELICIE 39 ans	Eczéma des blanchisseuses	2 ans	pommades sans résultat	30 gr. hyposulfite en 10 piqures (un mois)	Amélioration; la malade inter- rompt le traitem.
34	A. LUCIE 35 ans	Eczéma des deux mains	six mois	pommades sans résultat	40 gr. hyposulfite en 15 piqures (un mois)	Nul
35	H. CHARLOTTE 26 ans	Eczéma des blan- chisseuses loca- lisé aux doigts.	un mois	pommades sans résultat	16 gr. hyposulfite en 8 piqures (15 jours)	Disparition des lésions
36	B. APOLINE 28 ans ouv. métal.	Eczéma générali- sé d'orig. externe très prurigneux	huit mois	pommades résultat éphémère	180 gr. hyposulfite en 60 piqures; 6 gr. caco- dylate en 7 piqures. ce traitement dans l'espace d'un an	Amélioration; disparition du prur- rit; lésions affai- sées, diminuées mais touj. présent.

§ 3.

Eczéma dyshydrosique

Nous avons traité six cas d'eczéma dyshydrosique si résistants aux moyens externes d'habitude. Voici nos résultats (la plupart ont été repris à l'hyposulfite après échec au cacodylate de soude).

OBS. n° 37. — D... Eugénie, 62 ans, couturière.

Eczéma des plis interdigitaux.

Début il y a six ans, poussées continues d'eczéma dyshydrosique.

Actuellement : Eczéma suintant des plis interdigitaux, peau érythémateuse, prurit.

Traitée sans résultat depuis de longues années (pommades, nitrate d'argent, etc.).

JOURS		Gr.	
30 avril	1 cmc. cacodylate soude à 10 % intrav.,	soit	0 10
2 mai	3 — — — — —	—	0 30
5 —	6 — — — — —	—	0 60
7 —	10 — — — — —	—	1 »
9 —	15 — — — — —	—	1 50
12 —	20 — — — — —	—	2 »

(Erythème disparu, épidermisation commencée ; examen des yeux : normal.)

19	—	25	—	—	—	—	2 50
		(Poussée nouvelle.)					
26	—	25	—	—	—	—	2 50
30	—	25	—	—	—	—	2 50
		(Epidermisation.)					
11 juin	25	—	—	—	—	—	2 50
		(Poussée légère.)					
13	—	25	—	—	—	—	2 50
14	—	25	—	—	—	—	2 50
19	—	25	—	—	—	—	2 50
23	—	25	—	—	—	—	2 50
		(Epidermisation.)					
29	—	25	—	—	—	—	2 50
21 juillet : Nouvelle poussée. On met la malade à l'hyposulfite de soude.							
21 juill.	2 cmc. sol. hypos. soude 10 %	intrav.,			soit	0 20	
25	—	5	—	—	—	0 50	
28	—	10	—	—	—	1 »	
30	—	10	—	—	—	1 »	
1 ^{er} août	15	—	—	—	—	1 50	
4	—	20	—	—	—	2 »	
		(Epidermisation complète.)					
16 août : Nouvelle poussée légère.							
16	—	10	—	—	—	1 »	
18	—	20	—	—	—	2 »	
		(Epidermisation commencée.)					
21	—	25	—	—	—	2 50	
28	—	25	—	—	—	2 50	
		(Epidermisation achevée.)					

Total : 120 jours, 15 piqûres cacodylate, 11 piqûres hyposulfite, 28 gr. eacodylate, 14 gr. 20 hyposulfite.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le 28 août.

OBS. n° 38. — A... Yvonne, 14 ans.

Eczéma des mains. — Dyshydrose.

Début il y a 3 ans, poussées continuelles.

Actuellement : Eczéma des plis interdigitaux, quelques placards nummulaires des mains, infiltration légère, prurit.

Traitée antérieurement, sans résultat, depuis deux ans (pommades, nitrate d'argent).

JOURS		Gr.
2 juin	1 cmc. solut. cacodylate sodium 10 % s.-cut., soit	0 10
3 —	3 — — — — — intrav. —	0 30
10 —	6 — — — — — —	0 60
12 —	10 — — — — — —	1 »
14 —	15 — — — — — —	1 50
16 —	20 — — — — — —	2 »
18 —	20 — — — — — —	2 »
20 —	20 — — — — — —	2 »
24 —	25 — — — — — —	2 50
28 —	25 — — — — — —	2 50
30 —	25 — — — — — —	2 50

(Prurit disparu, lésions pâlies mais toujours présentes.)

4 juill.	25 — — — — — —	2 50
12 —	25 — — — — — —	2 50

(Forte poussée, suintement abondant, pyodermite ; pansements à l'eau d'Alibour ; on met la malade à l'hyposulfite.)

19 —	5 cmc. hyposulfite soude à 10 % intraveineux, soit	0 50
23 —	10 — — — — — —	1 »
1 ^{er} août	15 — — — — — —	1 50
4 —	20 — — — — — —	2 »

(Suintement tari ; prurit disparu.)

6	—	25	—	—	—	—	—	2 50
8	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)								

Total : 60 jours, 13 piqûres cacodylate, 6 piqûres hyposulfite,
22 gr. cacodylate, 10 gr. hyposulfite.

Résultat : Améliorée.

N° obs.	NOM DU MALADE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	Traitement antérieur	TRAITEMENT ACTUEL	RÉSULTAT
39	P. EMILE 53 ans couturier	Eczéma dyshy- drosique des mains	3 ans	pommades résultat infidèle	17 gr. cacodylate en 9 piques; 34 gr. hypo- sulfite en 8 piques, (un mois).	Nul mais dispa- rition du prurit.
40	R. AMELIE 50 ans mécancienne	Eczéma des plis interdigitaux des mains	20 ans	id.	25 gr. cacodylate en 12 piques; 34 gr. hypo- sulfite en 7 piques, (deux mois).	Disparition du prurit, lésion lé- gèrement modifiée.
41	R. BENJAMIN 42 ans ajusteur	Eczéma dyshy- drosique des mains et des pieds	5 ans	id.	30 gr. cacodylate en 13 piques; 30 gr. hypo- sulfite en 7 piques, (deux mois).	Amélioration no- table mais pous- sée pendant le traitement.
42	B. EMILIE 26 ans brodeuse	Eczéma des plis interdigitaux	5 mois	id.	30 gr. cacodylate en 12 piques; 30 gr. hypo- sulfite en 11 piques, (trois mois).	Disparition des lésions.

§ 4.

Eczéma des mains

Nous résumons plus bas 7 cas d'eczéma des mains d'origine inconnue, que nous avons traité à l'hyposulfite de soude exclusivement ou bien, après insuccès, au cacodylate (donc cas particulièrement résistants) :

OBS. n° 43. — G... Germaine, 20 ans.

Eczéma des mains et des avant-bras.

Traitements antérieurs : Pommades, régimes, dépuratifs sans résultat.

Actuellement : Eczéma des mains et des avant-bras à petits éléments discrètement disséminés. Poussées continuelles surtout au moment des règles.

La malade reçoit pendant trois mois 31 injections : vingt de cacodylate d'abord (32 gr.) sans grand résultat, onze d'hyposulfite ensuite (60 gr.) qui blanchissent d'une manière persistante la malade.

Résultat : Disparition des lésions.

OBS. n° 44. — M... Isabelle, 42 ans.

Eczéma des mains.

Début il y a 5 ans ; poussées continuelles.

Actuellement : placards nummulaires d'eczéma des mains ; lésions suintantes, squames, peau rouge infiltrée, prurit.

Traité à Saint-Louis sans résultat, aux pommades, depuis plusieurs années.

JOURS						Gr.
—						—
23 juill.	2 cmc.	solut. cacod.	soude 10 %	intrav.	soit	0 20
25 —	5 —	—	—	—	—	0 50
28 —	10 —	—	—	—	—	1 »
30 —	15 —	—	—	—	—	1 50
(Suintement disparu, prurit disparu.)						
1 ^{er} août	20 —	—	—	—	—	2 »
5 —	25 —	—	—	—	—	2 50
12 —	25 —	—	—	—	—	2 50
16 —	25 —	—	—	—	—	2 50
18 —	25 —	—	—	—	—	2 50
20 —	25 —	—	—	—	—	2 50
23 —	25 —	—	—	—	—	2 50
(Lésions en train de disparaître.)						
29 —	25 —	—	—	—	—	2 50
(Nouvelle poussée.)						
1 ^{er} sept.	5 cmc.	solut. hypos.	soude 10 %	s.-cut. intrav.,	soit	0 50
5 —	10 —	—	—	—	—	1 »
8 —	15 —	—	—	—	—	1 50
10 —	20 —	—	—	—	—	2 »
13 —	25 —	—	—	—	—	2 50
18 —	25 —	—	—	—	—	2 50
25 —	25 —	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)						
4 oct.	25 —	—	—	—	—	2 50
9 —	25 —	—	—	—	—	2 50
18 —	25 —	—	—	—	—	2 50
(Lésions disparues.)						

Total : 90 jours ; 12 piqûres cacodylate, 10 piqûres hyposulfite ;
22 gr. 70 cacodylate, 20 gr. hyposulfite.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le
18 octobre.

OBS. n° 45. — R... Alice, 19 ans, femme de chambre.

Eczéma de la main gauche.

Début il y a plusieurs années, poussées continuelles.

Actuellement : Eczéma suintant, squames, il n'y a pas de prurit.

Traitée antérieurement aux pommades et au nitrate d'argent sans résultat.

JOURS	GR.
13 sept. 5 cmc. solut. hypos. soude 10 % intrav.	soit 0 50
15 — 10 — — — — —	— 1 »
17 — 15 — — — — —	— 1 50
20 — 20 — — — — —	— 2 »
(Lésions pâlies, affaissées, il n'y a plus de squames. Epidermisation commencée.)	
27 — 25 — — — — —	— 2 50
30 — 25 — — — — —	— 2 50
(Epidermisation commencée.)	

Total : 20 jours, 6 piqûres. 10 gr.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le 30 septembre.

OBS. n° 46. — G... Louise, 28 ans, cartonnière.

Eczéma micro-vésiculeux des mains.

Début il y a 3 ans — poussées continuelles.

Actuellement : Placards nummulaires siégeant au dos des deux mains ; suintements, squames ; prurit léger ; peau à l'entour indemne.

Traitée sans résultat depuis 2 ans par pommades.

JOURS	GR.
1 ^{er} oct. 3 cmc. solut. hypos. soude 10 % intrav.	soit 0 30
3 — 10 — — — — —	— 1 »

5	—	10	—	—	—	20 %	—	—	2 »
8	—	10	—	—	—	—	—	—	2 »
10	—	15	—	—	—	—	—	—	3 »
(Les lésions pâlissent, s'affaissent ; prurit disparu.)									
13	—	20	—	—	—	—	—	—	4 »
15	—	25	—	—	—	—	—	—	5 »
(Epidermisation commencée.)									
17	—	25	—	—	—	—	—	—	5 »
20	—	25	—	—	—	—	—	—	5 »
22	—	25	—	—	—	—	—	—	5 »
(Cicatrisation en bonne voie.)									
24	—	25	—	—	—	—	—	—	5 »
Total : 24 jours, 11 piqûres.									37 gr. 30.

Résultat : Lésions en voie de disparaître. Pas de réaction depuis le 24 octobre.

OBS. n° 47. — L... Louise, 46 ans, couturière.

Eczéma suintant de la face et des avant-bras.

Début il y a 4 mois.

Traitement antérieur : Pommades, régimes sans résultat.

Actuellement : Eczéma micro-vésiculeux de la face et des avant-bras ; lésions très suintantes, croûtes et rhagades, squames. Peau très irritée, infiltrée, rouge ; prurit intense.

JOURS					GR.
13 oct.	3 emc.	solution hyposulfite	soude 20 %	soit	0 60
15 —	5 —	—	—	—	1 »
18 —	10 —	—	—	—	2 »
20 —	15 —	—	—	—	3 »
25 —	20 —	—	—	—	4 »
27 —	25 —	—	—	—	5 »

(Lésions améliorées ; réaction inflammatoire presque
disparue ; prurit disparu.)

29 —	25 —	—	—	—	—	5 »
30 —	25 —	—	—	—	—	5 »
3 nov.	25 —	—	—	—	—	5 »
5 —	25 —	—	—	—	—	5 »
7 —	25 —	—	—	—	—	5 »

(Lésions pâlies, affaissées ; suintement tari.)

10 —	25 —	—	—	—	—	5 »
13 —	25 —	—	—	—	—	5 »
15 —	25 —	—	—	—	—	5 »
18 —	25 —	—	—	—	—	5 »
20 —	25 —	—	—	—	—	5 »

(Lésions inchangées depuis la dernière notation.)

Total : 40 jours, 16 piqûres. 80 gr.

Résultat : Amélioration des lésions.

OBS. n° 48. — B... Eugénie, 23 ans, femme de chambre.

Eczéma des mains.

Début il y a trois mois.

Actuellement : Placard d'eczéma siégeant au dos de la main
droite, peau rouge infiltrée, squames.

Traitée aux pommades depuis deux mois sans résultat.

JOURS						GR.
28 juin	1 cmc.	solut.	cacod.	soude 10 %	intrav.	soit 0 10
29 —	3 —	—	—	—	—	— 0 30
2 juill.	6 —	—	—	—	—	— 0 60
4 —	10 —	—	—	—	—	— 1 »
10 —	15 —	—	—	—	—	— 1 50
12 —	20 —	—	—	—	—	— 2 »

16	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Squames tombées, peau moins rouge, moins infiltrée.)								
19	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Nouvelle poussée.)								
21	—	25	—	—	—	—	—	2 50
24	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Lésions stationnaires, on met la malade à l'hyposulfite.)								
28	—	10	—	solution hyposulfite soude 10 % intrav. soit				1 »
30	—	15	—	—	—	—	—	1 50
1 ^{er} août	—	20	—	—	—	—	—	2 »
4	—	20	—	—	—	—	—	2 »
7	—	25	—	—	—	—	—	2 50
11	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Lésions en voie de cicatrisation.)								

Total : 40 jours ; 10 piqûres cacodylate, 6 piqûres hyposulfite ;
15 gr. 50 cacodylate, 11 gr. 50 hyposulfite.

Résultat : Améliorée.

OBS. n° 49. — B... Yvonne, 22 ans, ouvrière dans une usine d'encre.

Eczéma des mains.

Début il y a un mois.

Traitée depuis un mois à la pâte ichtyol, sans résultat,

JOURS		GR.
2 oct.	1 cmc. solut. hypos. soude 10 % intrav. soit	0 10
3 —	5 — — — — —	0 50
6 —	5 — — — 20 % — — —	1 »
8 —	10 — — — — —	2 »
10 —	15 — — — — —	3 »
17 —	10 — — — — —	2 »
(Lésions stationnaires.)		

20	—	20	—	—	—	—	—	—	4	»
22	—	25	—	—	—	—	—	—	5	»
(Lésions stationnaires.)										

Total : 20 jours, 8 piqûres.

17 gr. 10.

Résultat : Lésions stationnaires.

Parmi les eczémas des mains d'origine ignorée, c'est-à-dire lorsqu'il est difficile de préciser l'antigène ayant entraîné la sensibilisation de l'organisme, on trouve les formes les plus rebelles au traitement par l'hyposulfite. Nous avons repris au cacodylate de soude tous les malades qui ont résisté à l'hyposulfite.

Nous avons réuni ainsi 6 cas :

OBS. n° 50. — M^{me} R... Eugénie, 26 ans.

Eczéma des mains et des avant-bras.

Début il y a 2 mois.—

Traitements antérieurs : Pommades et régime sans résultat.

Actuellement : Eczéma typique, suintant légèrement en placards nummulaires ; pas d'infection surajoutée.

La malade reçoit pendant deux mois 48 gr. d'hyposulfite et 18 gr. de cacodylate de soude sans changement notable.

OBS. n° 51. — M... Rose, 53 ans.

Eczéma des mains.

Début il y a 10 mois, poussées continues.

Actuellement : larges placards d'eczéma très suintant couvrant les deux mains, lésions très croûteuses, squames, fissures, rhagades, peau rouge, infiltrée, lichénifiée. Prurit peu intense.

Traitée sans résultat depuis 6 mois à Saint-Louis, par pomades.

JOURS		GR.
15 avril	1 cmc. solution cacodylate soude 10 % intrav. soit	0 10
16 —	3 — — — — —	0 30
18 —	6 — — — — —	0 60
22 —	9 — — — — —	0 90
24 —	12 — — — — —	1 20
26 —	12 — — — — —	1 50
28 —	20 — — — — —	2 »
30 —	25 — — — — —	2 50
(Suintement tari, squames tombées, érythème pâli, prurit disparu.)		
5 mai	25 — — — — —	2 50
18 juin : La malade s'est absentée depuis le 5 mai. Actuellement érythème, infiltration disparue ; quelques vésicules d'eczéma aux plis interdigitaux.		
18 juin	10 — — — — —	1 »
20 —	15 — — — — —	1 50
(Lésions infectées ; eau d'Alibour.)		
30 —	15 — — — — —	1 50
2 juill.	20 — — — — —	2 »
(Epidermisation en bonne voie ; examen du fond de l'œil : normal.)		
5 —	25 — — — — —	2 50
8 —	25 — — — — —	2 50
10 —	25 — — — — —	2 50
(Epidermisation.)		

15 août : Légère poussée avec impetigo. Eau d'Alibour.

15 août	5 cmc.	solution hyposulfite soude 10 %	intrav.	soit	0 50
17 —	5 —	—	—	—	0 50
19 —	10 —	—	—	—	1 »
21 —	15 —	—	—	—	1 50
23 —	25 —	—	—	—	2 50
25 —	25 —	—	—	—	2 50
(Lésions stationnaires. On remet la malade au cacod.)					
28 —	10 —	solution cacodylate soude 10 %	intrav.	soit	1 »
2 sept.	15 —	—	—	—	1 50
4 —	20 —	—	—	—	2 »
8 —	20 —	—	—	—	2 »
12 —	25 —	—	—	—	2 50
(Cicatrisation commencée ; poussée d'impetigo ; eau d'Alibour.)					
20 —	15 —	—	—	—	2 50
22 —	25 —	—	—	—	2 50
24 —	25 —	—	—	—	2 50
27 —	25 —	—	—	—	2 50
(Lésion en bonne voie de cicatrisation.)					
30 —	25 —	—	—	—	2 50
4 oct.	25 —	—	—	—	2 50
(Epidermisation achevée.)					
25 —	25 —	—	—	—	2 50
(La guérison se maintient.)					
5 nov.	25 —	—	—	—	2 50
(La guérison se maintient.)					
14 —	25 —	—	—	—	2 50
(La guérison se maintient.)					

Total : 210 jours ; 30 piqûres cacodylate, 6 piqûres hyposulfite ;
56 gr. 60 cacodylate, 8 gr. 50 hyposulfite.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le
4 octobre.

OBS. n° 52. — D... Marthe, 29 ans.

Eczéma des mains et des avant-bras.

Début il y a un an ; poussées continuelles.

Actuellement : Eczéma micro-vesiculeux des avant-bras ; lésions de grattage ; peau rouge infiltrée ; prurit intense.

Traitée sans résultat depuis six mois par pommades.

JOURS	Gr.
31 juill. , 2 cmc. solution hyposulfite soude 10 % intrav., soit	0 20
2 août 5 — — — — — — — —	0 50
4 — 10 — — — — — — — —	1 »
6 — 15 — — — — — — — —	1 50
9 — 20 — — — — — — — —	2 »
12 — 25 — — — — — — — —	2 50

(Lésions stationnaires ; la malade part en Belgique.)

25 sept. : La malade revient avec forte poussée d'eczéma : lésions très suintantes, très prurigineuses ; ardeur intense, croûtes mélitagreuses, peau très rouge infiltrée. On met la malade au cacodylate.

25 sept. , 3 cmc. solution cacodylate soude 10 % intrav. soit	0 30
27 — 5 — — — — — — — —	0 50
29 — 10 — — — — — — — —	1 »
1 ^{er} oct. 15 — — — — — — — —	1 50

(Lésions pâlies, affaissées ; suintement tari, prurit diminué.)

3 — 20 — — — — — — — —	2 »
6 — 15 — — — — — — — —	1 50
8 — 15 — — — — — — — —	1 50

(Epidermisation commencée ; prurit disparu.)

10 — 20 — — — — — — — —	2 »
13 — 20 — — — — — — — —	2 »

15	—	25	—	—	—	—	2 50
17	—	25	—	—	—	—	2 50
(Légère poussée.)							
20	—	25	—	—	—	—	2 50
23	—	25	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)							
27	—	25	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation achevée.)							
5 nov.	25	—	—	—	—	—	2 50
19	—	25	—	—	—	—	2 50
(La guérison se maintient.)							

Total : 90 jours ; 6 piqûres hyposulfite, 16 piqûres cacodylate ;
7 gr. 70 hyposulfite, 29 gr. 80 cacodylate.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le
27 octobre.

OBS. n° 53. — H... Mariette, 19 ans, femme de chambre.

Eczéma des mains.

Début il y a 6 mois.

Antécédents : Père enfermé maison de santé, maladie nerveuse ; W h 2.

Actuellement : Placard d'eczéma nummulaire, suintant ; squames ; prurit intense, peau rouge infiltrée.

Traitée sans résultat depuis 3 mois par pommades.

JOURS		Gr.
—	—	—
14 août	1 cmc solut. cacod. soude 10 % intrav.	soit 0 10
16 —	3 — — — — —	0 30

5 nov.	5 cmc.	solut.	cacodylate soude	10 %	intrav.	soit	0 50
10 —	10 —	—	—	—	—	—	1 »
12 —	10 —	—	—	—	—	—	1 »
15 —	15 —	—	—	—	—	—	1 50
17 —	17 —	—	—	—	—	—	1 70
18 —	20 —	—	—	—	—	—	2 »
19 —	25 —	—	—	—	—	—	2 50

(Lésions pâlies ; épidermisation commencée.)

Total : 90 jours ; 19 piqûres cacodylate de soude, 11 piqûres hyposulfite de soude ; 32 gr. 60 cacodylate, 34 gr. hyposulfite.

Résultat : Amélioration après plusieurs poussées survenues au cours du traitement.

OBS. n° 54. — L... Edouard, 43 ans, marchand de vins.

Eczéma des mains.

Début il y a 15 ans.

Traitements antérieurs : Pommades, régime, résultats infidèles.

Actuellement : Eczéma sec des mains, très squameux. Peau rouge infiltrée.

Le malade reçoit 30 gr. hyposulfite en un mois, puis 27 gr. cacodylate le mois suivant.

Résultat : Nul.

OBS. n° 55. — M^{me} C... Céline, 30 ans, couturière.

Eczéma des mains.

Début il y a trois mois.

Traitement antérieur : Une pommade au goudron sans résultat.

OBS. n° 57. — F... Juliette, 46 ans.

Eczéma de la face.

Début il y a un an ; poussées continues.

Actuellement ? Eczéma suintant des sillons retroauriculaires, des commissures labiales, peau rouge, infiltrée, squames, prurit et ardeur intenses.

JOURS		GR.
28 juin	1 cmc. solut. cacodylate sodium 10 %	soit 0 10
30 —	3 — — — — — intrav. —	0 30
2 juill.	6 — — — — — — —	0 60
5 —	10 — — — — — — —	1 »
7 —	15 — — — — — — —	1 50

(Prurit disparu, lésions pâlies, affaissées, infiltration diminuée.)

9 —	15 — — — — — — —	1 50
12 —	20 — — — — — — —	2 »
16 —	25 — — — — — — —	2 50
18 —	25 — — — — — — —	2 50

(Lésions des commissures labiales disparues ; au sillon retroauriculaire l'eczéma est sec, en train de s'épidermiser.)

24 —	25 — — — — — — —	2 50
28 —	25 — — — — — — —	2 50

(Lésions stationnaires depuis la dernière fois. On met la malade à l'hyposulfite de sodium.)

28 juill.	10 cmc. solut. hyposulfite sodium 10 % intrav.,	soit 1 »
30 —	15 — — — — — — —	1 50
1 ^{er} août	20 — — — — — — —	2 »
4 —	25 — — — — — — —	2 50
7 —	25 — — — — — — —	2 50

Actuellement : Eczéma micro-vésiculeux très suintant, peau à l'entour indemne.

La malade reçoit, en injections, 30 gr. d'hyposulfite le premier mois, puis 7 gr. de cacodylate les 15 jours suivants.

Résultat : Nul.

§ 5.

Eczéma de la face

Les eczémas de la face nous ont fourni deux cas que voici :

OBS. n° 56. — L... Fernand, 43 ans, ébéniste.

Eczéma de la face, ichtyose.

Début il y a une dizaine d'années.

Traitements antérieurs : goudron, régimes, pommades, sans résultat.

Actuellement : Eczéma de la face, micro-vésiculeux suintant ; peau ichtyosique, kératose pilaire.

Le malade reçoit 34 grammes d'hyposulfite en 45 jours et présente une poussée d'eczéma pendant le traitement même.

Résultat : Nul.

11	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)								
18	—	25	—	—	—	—	—	2 50
23	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Nouvelle poussée ; on remet la malade au cacodylate.)								
24	—	10 cmc solut. cacodylate sodium 10 % intrav., soit	1	»				
26	—	20	—	—	—	—	—	2 »
29	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)								
8 sept.	10	—	—	—	—	—	—	2 »
18	—	20	—	—	—	—	—	2 »
20	—	25	—	—	—	—	—	2 50
25	—	25	—	—	—	—	—	2 50
(Il persiste un léger suintement retroauriculaire. Nitrate d'argent.)								
29	—	25	—	—	—	—	—	2 50
1 ^{er} oct.	25	—	—	—	—	—	—	2 50
10 nov. : Légère poussée.								
10	—	10	—	—	—	—	—	1 »
12	—	15	—	—	—	—	—	1 50
15	—	15	—	—	—	—	—	1 50
(Epidermisation commencée.)								
17	—	20	—	—	—	—	—	2 »
19	—	20	—	—	—	—	—	2 »
(Epidermisation en bonne voie.)								

Total : 140 jours ; 25 piqûres cacodylate de sodium, 8 piqûres hyposulfite de sodium ; 43 gr. 90 cacodylate, 17 gr. hyposulfite.

Résultat : Amélioration notable ; lésions en train de disparaître.

§ 6.

Eczéma généralisé

Nombreux ont été les cas d'eczéma généralisé, d'origine le plus souvent méconnue. Nous avons enregistré des succès et aussi des insuccès nombreux. Il est difficile ici, très souvent, de décélérer l'antigène ayant amené la sensibilisation de l'organisme, et il faut admettre que l'action désensibilisatrice de l'hyposulfite est mise en défaut dans certains cas.

Voici nos observations :

OBS. n° 58. — B... Marcel, 45 ans, plombier.

Eczéma suintant des jambes.

Début il y a deux mois.

Traité antérieurement par les pommades, régime sans résultat aucun.

Actuellement : Eczéma suintant à éléments vésiculeux multiples siégeant sur les deux jambes. Prurit violent.

JOURS		GR.
31 janv.	5 cmc. solution hyposulfite de soude à 20 %, soit	1 »
2 fév.	10 — — — — — — — — — —	2 »
3 —	20 — — — — — — — — — —	4 »
5 —	25 — — — — — — — — — —	5 »

(Prurit et rougeur disparus.)

7	—	25	—	—	—	—	—	5	»
10	—	25	—	—	—	—	—	5	»
(Amélioration notable ; prurit complètement disparu, lésions pâlies affaissées. Suintement tari, cicatrisation commencée.)									
15	—	25	—	—	—	—	—	5	»
17	—	25	—	—	—	—	—	5	»
20	—	25	—	—	—	—	—	5	»
(Cicatrisation complète.)									
Total : 20 jours, 9 piqûres.								37 gr.	

Résultat : Disparition des lésions.

OBS. n° 59. — K... Marie, 66 ans, marchande ambulante.

Eczéma des mains et des jambes.

Début il'y a 4 mois.

Traitée sans résultat depuis 3 mois par pommades.

Actuellement : Eléments d'eczéma directement disséminés ; prurit ; lésions de grattage, papules de prurigo ; peau infiltrée érythémateuse.

JOURS		GR.	
17 juin.	1 cmc. solut. cacodylate sodium 10 %	soit	0 10
18 —	3 — — — — —	intrav. —	0 30
20 —	6 — — — — —	—	0 60
22 —	10 — — — — —	—	1 »
25 —	15 — — — — —	—	1 50
(Prurit disparu, infiltration érythème disparus.)			
27 —	20 — — — — —	—	2 »
7 juill.	25 — — — — —	—	2 50
(Lésions en voie d'épidermisation.)			

15	—	Légère poussée ; examen du fond de l'œil : normal.				
23	—	5 cmc. solut. hyposulfite sodium 10 %	intrav.	soit	0	50
28	—	10	—	—	—	1 »
30	—	15	—	—	—	1 50
2 août	20	—	—	—	—	2 »
(Prurit disparu ; papules de prurigo en train de disparaître.)						
4	—	25	—	—	—	2 50
6	—	25	—	—	—	2 50
11	—	25	—	—	—	2 50
(Lésions des avant-bras disparues ; lésions des jambes stationnaires.)						
16	—	25	—	—	—	2 50
19	—	25	—	—	—	2 50
23	—	25	—	—	—	2 50
(Guérison des avant-bras se maintient ; eczéma des jambes pâlies, affaissé.)						
8 sept.	10	—	—	—	—	1 »
(Légère poussée.)						
11	—	20	—	—	—	2 »
13	—	25	—	—	—	2 50
(Epidermisation commencée.)						
18	—	25	—	—	—	2 50
(Epidermisation en bonne voie.)						

Total : 90 jours ; 7 piqûres cacodylate de sodium ; 14 piqûres hyposulfite de sodium ; 8 gr. cacodylate, 28 gr. hyposulfite.

Résultat : Amélioration sensible, lésion en train de disparaître.

OBS. n° 60. — M^{me} C... Louise, 40 ans.

Eczéma des creux poplités.

Début il y a 7 ans, évolution par poussées.

Traitement antérieur : pommades, résultat insignifiant.

Actuellement : Eczéma croûteux par placard siégeant au niveau des creux poplités, cuisses, fesses. Prurit intense.

La malade reçoit pendant le premier mois 15 gr. de cacodylate de soude en 11 piqûres qui suppriment le prurit, puis le deuxième mois 60 gr. d'hyposulfite en 16 piqûres.

Résultat : Lésions en voie de disparition.

OBS. n° 61. — M^{me} F... Madeleine, 21 ans.

Eczéma généralisé.

Début il y a 5 mois, poussées continues subintrantes.

Actuellement : Placards d'eczéma suintant et très prurigineux disséminés sur toute la surface cutanée. Peau rouge infiltrée.

La malade reçoit pendant un mois 17 gr. de cacodylate en 20 piqûres, puis pendant 15 jours 24 gr. d'hyposulfite.

Résultat : Prurit disparu mais lésions persistent.

OBS. n° 62. — P.... Charlotte, 25 ans, couturière.

Eczéma suintant des creux poplités.

Début il y a 1 an et demi.

Actuellement : Placards d'eczéma suintant ; peau rouge, infiltrée, lichénifiée.

Traitée sans résultat depuis un an par pommades.

JOURS						GR.
6 oct.	5	cmc.	solut.	hyposulfite soude	10 %	soit 0 50
8 —	10	—	—	—	intrav. —	1 »
10 —	10	—	—	—	20 %	2 »

13	—	15	—	—	—	—	3	»
15	—	20	—	—	—	—	4	»
17	—	25	—	—	—	—	5	»

(Lésions stationnaires.)

20	—	25	—	—	—	—	5	»
22	—	25	—	—	—	—	5	»
24	—	25	—	—	—	—	5	»

(Amélioration légère : suintement, prurit, infiltration diminués. La malade part à la campagne.)

Total : 18 jours, 9 piqûres,	30 gr. 50.
------------------------------	------------

Résultat : Amélioration légère.

N ^o obs.	NOM DU MALADE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	Traitement antérieur	TRAITEMENT ACTUEL	RÉSULTAT
63	R. FRANÇOISE 35 ans	Eczéma généralisé ayant débuté au bras.	4 mois	Pommades sans résultat	48 gr. hyposulfite en 4 piqures pendant 1 mois	Améliorée
64	B. MARIE 38 ans	Eczéma des mains, du cou, du thrax.	2 ans	Régime, pommades, résultats passagers.	80 gr. hyposulfite en 22 piqures pendant 3 mois	Lésions stationnaires
65	D. MAURICE 42 ans	Eczéma des bourses, prurit intense	8 mois	Pommades, régime, résultat passager.	6 gr. cacodylate puis 28 gr. hyposulfite pen- dant un mois.	Prurit disparu lésions très améliorées
66	B. JULIETTE 45 ans	Eczéma généra- lisé (bras, face, thrax).	2 ans	Régime, pommades sans résultat	120 gr. hyposulfite en deux mois	Résultat nul

Ce deuxième lot d'observations d'eczéma généralisé se rapporte à des cas où les résultats furent médiocres ou nuls. Nous avons repris au cacodylate tous ces malades nuls. Nous avons repris au cacodylate tous ces malades, qui fut notablement amélioré.

OBS. n° 67. — T... Françoise, 28 ans, concierge.

Eczéma généralisé.

Début il y a 4 ans ; poussées continues.

Actuellement : Placards aux mains, cou et régions poplitées ; suintement, prurit, peau rouge infiltrée.

Traitée, sans résultat, depuis 3 ans, par pommades.

JOURS		GR.
17 avril	1 cmc. solut. cacodylate sodium 10 %	soit 0 10
18 —	3 — — — — —	intrav. — 0 30
22 —	6 — — — — —	— 0 60
24 —	10 — — — — —	— 1 »
26 —	15 — — — — —	— 1 50
28 —	20 — — — — —	— 2 »
30 —	25 — — — — —	— 2 50

(Lésions pâlies, affaissées ; prurit disparu ; suintement tari.)

7 mai	25 — — — — —	— 2 50
10 —	25 — — — — —	— 2 50
14 —	25 — — — — —	— 2 50

(Placards des mains et du cou épidermisés ; ceux du creux poplité stationnaires ; examen du fond de l'œil : normal.)

16 —	25 —	—	—	—	—	2 50
23 —	25 —	—	—	—	—	2 50
30 —	25 —	—	—	—	—	2 50
2 juin	25 —	—	—	—	—	2 50

(Légère poussée.)

6 —	25 —	—	—	—	—	2 50
10 —	25 —	—	—	—	—	2 50
13 —	25 —	—	—	—	—	2 50
18 —	25 —	—	—	—	—	2 50
27 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Lésions stationnaires ; on met le malade à l'hyposulfite de sodium.)

8 juill.	1 cmc. solut. hyposulfite sodium 10 % intrav. soit	0 10
10 —	4 —	0 40
16 —	8 —	0 80
18 —	15 —	1 50
21 —	20 —	2 »
23 —	25 —	2 50

(Lésions pâlies, affaissées ; épidermisation commencée.)

28 —	25 —	—	—	—	—	2 50
30 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Epidermisation achevée.)

11 août : Légère poussée. On recommence le traitement.

11 —	10 —	—	—	—	—	1 »
13 —	20 —	—	—	—	—	2 »
16 —	25 —	—	—	—	—	2 50
23 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Epidermisation commencée.)

26 —	25 —	—	—	—	—	2 50
29 —	25 —	—	—	—	—	2 50
3 sept.	25 —	—	—	—	—	2 50
8 —	25 —	—	—	—	—	2 50

(Epidermisation achevée.)

17 — : Nouvelle poussée : papules de prurigo aux avant-bras,
eczéma aux régions poplitées.

17 — 5 cmc. solut. cacodylate sodium 10 % intrav., soit 0 50

25 — 10 — — — — — 1 »

29 — 15 — — — — — 1 50

(Epidermisation.)

25 nov. : Nouvelle poussée légère. On recommence le traitement.

Total : 160 jours ; 23 piqûres cacodylate de sodium, 16 piqûres
hyposulfite de sodium ; 41 gr. cacodylate, 30 gr. 30 hyposulfite.

Résultat : Disparition des lésions mais plusieurs poussées au
cours du traitement.

No obs.	NOM DU MALADE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	Traitement antécédent	TRAITEMENT ACTUEL	RÉSULTAT
68	M. JEANNE 12 ans	Eczéma des fesses et du tronc.	3 mois	pommades, résultat médiocres	20 gr. cacodylate, 48 gr. hyposulfite en 4 mois.	Lésions à peine touchées; prurit disparu.
69	B. EUGÉNIE 52 ans	Eczéma généralisé	un an	pommades sans résultat	25 gr. cacodylate, 42 gr. hyposulfite en 2 mois.	Nul
70	M. ALEXANDRE 30 ans	Eczéma généralisé	6 mois	pommades, résultat médiocre	100 gr. hyposulfite en 2 mois	Nul
71	B. JEAN 38 ans	Eczéma généralisé par placards lichenifiés.		pommades, régime sans résultat	40 gr. hyposulfite, 18 gr. cacodylate en 2 mois.	Nul
72	S. MARIE 29 ans	Eczéma des jambes et des avant bras.			90 gr. hyposulfite 28 gr. cacodylate en 50 jours.	Améliorée

En résumé, sur les cinquante-quatre cas d'eczémas et dermites artificielles, nous comptons vingt malades complètement blanchis, dix-sept dont les lésions ont été plus ou moins améliorées, dix-sept qui ont vu leurs dermatoses rester stationnaires. Tous ses résultats ne sont pas dus à l'hypo-sulfite uniquement. Les malades non améliorés par l'hypo-sulfite ont été souvent repris et guéris par le cacodylate et inversement, si bien qu'il est difficile quelquefois de faire la part de chacune des deux médications dans le traitement. Néanmoins, le nombre des malades ayant été traités par l'hyposulfite exclusivement est assez grand pour que nous puissions tirer des conclusions au point de vue de la pratique.

Nous avons obtenu les meilleurs résultats, les plus rapides et les plus constants, dans les *dermites artificielles* et dans les *eczémas aigus*, suintants ou évoluant par poussées *aiguës récidivantes*. Au contraire, les *eczémas secs lichénifiés* ainsi que les eczémas généralisés se sont montrés rebelles au traitement.

CHAPITRE V

URTICAIRE ET PRURIT

Nous réunissons ces deux affections en un seul chapitre à cause du symptôme commun : le prurit.

Il nous semble inutile d'insister sur la nature anaphylactique de l'urticaire, tellement cette notion est devenue courante aujourd'hui. L'hyposulfite agit bien contre l'urticaire et contre la plupart des prurits. D'ailleurs, dans le traitement des autres dermatites prurigineuses, la suppression du prurit est souvent le premier succès dû à l'hyposulfite.

Voici nos observations :

OBS. n° 73. — Mlle T..., 29 ans.

Urticaire depuis un an évoluant par poussées.

Actuellement : Poussées incessantes d'urticaire à gros éléments généralisés.

JOURS	GR.
—	—
31 janv. Auto-hémothérapie (10 cmc. intramuscul.).	
2 fév. — — —	—
4 — — —	—

(Eruption d'éléments très prurigineux.)

7	—	—	—
9	—	—	—
(Eruption de nouveaux éléments.)			
11	—	—	—
14	—	—	—
(Nouvelle éruption.)			

On met la malade à l'hyposulfite.

16 fév.	20	cmc.	solut.	hyposulfite	20 %	intraveineux,	soit	4	»
16	—	20	—	—	—	—	—	4	»
18	—	20	—	—	—	—	—	4	»
(Prurit disparu, les lésions s'affaissent.)									
21	—	20	—	—	—	—	—	4	»
23	—	20	—	—	—	—	—	4	»
26	—	20	—	—	—	—	—	4	»
22	—	20	—	—	—	—	—	4	»
(Il n'y a pas de nouvelle poussée ; les éléments anciens disparaissent.)									
26	—	20	—	—	—	—	—	4	»
28	—	20	—	—	—	—	—	4	»
2 mars	20	—	—	—	—	—	—	4	»
5	—	20	—	—	—	—	—	4	»
7	—	20	—	—	—	—	—	4	»
9	—	20	—	—	—	—	—	4	»

Total : 7 injections de sang (autohémothérapie), 13 injections de 50 gr. d'hyposulfite en un mois.

Résultat : Disparition des lésions.

OBS. n° 74. — G... Marie, 29 ans, cuisinière.

Urticaire ; prurit intense.

Début il y a six jours.

Pas de traitement antérieur.

JOURS		GR.
11 nov.	3 cmc. solut. hyposulf. sodium 20 % sous-cut. soit	0 60
12 —	5 — — — — — intrav. —	1 »
15 —	10 — — — — — —	2 »
Total : 5 jours, 3 piqûres.		3 gr. 60.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le 15 novembre.

Ainsi dans les deux cas, le blanchiment des malades a été complet.

Voici maintenant trois cas de prurit essentiel, dont deux ont été débarrassés de leur affection :

OBS. n° 75. — D... Jean, 32 ans, mécanicien.

Prurit des bourses.

Début il y a 10 ans, poussées continuelles.

Actuellement : Prurit très intense, la nuit surtout.

Traitement antérieur, sans résultat, par pommades depuis des années.

JOURS		GR.
11 oct.	3 cmc. solution hyposulfite soude 20 % s.-cut. soit	0 60
13 —	5 — — — — — intrav. —	1 »
15 —	10 — — — — — —	2 »
17 —	15 — — — — — —	3 »

(Prurit diminué.)

20	—	20	—	—	—	—	4 »
22	—	25	—	—	—	—	5 »
25	—	25	—	—	—	—	5 »
(Prurit presque disparu.)							
28	—	25	—	—	—	—	5 »
(Prurit disparu.)							

Total : 20 pours, 8 piqûres.

25 gr. 60.

Résultat : Disparition du prurit. Pas de réaction depuis le 28 octobre.

OBS n° 76. — B... Albert, 78 ans.

Prurit sénile.

Début il y a deux mois.

Aucun traitement antérieur.

Actuellement : Vives démangeaisons, la nuit surtout. Le malade est glucosurique légèrement.

JOURS						GR.
13 nov.	5	cmc.	solut.	hyposulfite soude 20 %	intrav., soit	1 »
15 —	10	—	—	—	—	2 »
18 —	15	—	—	—	—	3 »
20 —	20	—	—	—	—	4 »
25 —	25	—	—	—	—	5 »
(Prurit diminué sensiblement.)						
28 —	25	—	—	—	—	5 »
1 ^{er} déc.	25	—	—	—	—	5 »
2 —	25	—	—	—	—	5 »
(Prurit disparu.)						
10 —	25	—	—	—	—	5 »
16 —	25	—	—	—	—	5 »
(La guérison se maintient.)						

Total : 30 jours, 10 piqûres,

40 gr.

Résultat : Disparition du prurit.

OBS. n° 77. — S... M., 38 ans.

Prurit ano-génital ; eczéma des sillons retro-auriculaires.

Début il y a 8 ans.

Actuellement : Prurit intense généralisé, maximum à la région ano-génitale.

Traitée, depuis plusieurs années, par des courants de haute fréquence ; après rémission incomplète et passagère, exacerbation du prurit.

JOURS		GR.
6 août	1 cmc. solut. cacodylate sodium 10 % s.-cut. soit	0 10
8 —	5 — — — — — intrav. —	0 50
11 —	10 — — — — — —	1 »
13 —	15 — — — — — —	1 50
16 —	20 — — — — — —	2 »

(Eczéma légèrement amélioré, prurit stationnaire. On met la malade à l'hyposulfite.)

18 —	5 cmc. solut. hyposulfite soude 10 % intrav., soit	0 50
20 —	10 — — — — — —	1 »
22 —	15 — — — — — —	1 50
25 —	20 — — — — — —	2 »

(Prurit diurne disparu, prurit nocturne toujours présent, eczéma épidermisé.)

28 —	25 — — — — — —	2 50
30 —	25 — — — — — —	2 50
4 sept.	25 — — — — — —	2 50
8 —	25 — — — — — —	2 50
13 —	25 — — — — — —	2 50
18 —	25 — — — — — —	2 50

(La malade n'a plus de prurit sauf un peu dans le cuir chevelu.)

Total : 40 jours ; 15 piqûres cacodylate, 10 piqûres hyposulfite ;
3 gr. 10 cacodylate, 20 gr. hyposulfite.

Résultat : Amélioration très grande.

CHAPITRE VI

FURONCULOSE

On sait combien les furoncles sont rebelles à tout traitement chez certaines personnes. Sans doute des professions comme celles de chiffonnier, raffineur, mécanicien, les cavaliers sont plus particulièrement exposés à cette affection, mais, plus souvent encore, les furoncles surviennent et se répètent continuellement sans que rien puisse en expliquer la pérérité. Des mois et des années peuvent se succéder sans amener la guérison du malade alors que les circonstances étiologiques ne paraissent nullement favorables à une évolution aussi prolongée.

Ici comme ailleurs, on a pensé que l'infection sans cesse renouvelée des follicules pileux devait être attribuée à une « prédisposition » particulière ayant comme corollaire immédiat la moindre résistance de l'individu vis-à-vis du staphylocoque. Plus exactement on peut dire que le processus aboutissant à l'immunisation ne se fait pas comme normalement. Assurément, il est quelquefois aisé de remonter à l'origine de cet état d'allergie, hypothétique d'ailleurs, et de rapporter la furunculose à la débilitation, au surmenage, à des auto-intoxications, ou à des circonstances qui modifient profondément le terrain,

comme le diabète et le brightisme par exemple, mais combien de fois la cause reste introuvable!

Quoi qu'il en soit, on sait combien la furonculose torture le malade. Ce n'est pas seulement une affection aussi inesthétique que la plupart des dermatoses ; c'est aussi une affection très douloureuse, et, qui plus est, souvent accompagnée de manifestations générales : fièvre, céphalée, nausées, etc., qui empêchent le malade de vaquer à ses occupations.

Aussi, les dermatologistes se sont-ils beaucoup occupés à trouver la médication propre à juguler l'évolution de la furonculose. On a proposé tour à tour des topiques antiseptiques, les pulvérisations chaudes à l'eau phéniquée, l'excision complète même. Parmi les traitements internes on a préconisé le soufre, l'ichtyol, la levure de bière et dernièrement, l'étain métallique selon la méthode de Frouin et Grégoire. Enfin, on a employé la vaccinothérapie selon la méthode de Wright ou l'autovaccinothérapie. C'est un bon traitement, mais souvent infidèle.

Nous avons essayé l'hyposulfite de soude dans 8 cas de furonculose, et les résultats nous paraissent des plus satisfaisants. Sur les huit cas, nous en avons suivi de près quatre avec trois disparitions des lésions. Les quatre autres malades ont suivi le traitement trop irrégulièrement pour que leur état puisse plaider en faveur de notre méthode, ou bien, au contraire, l'infirmier. Voici nos observations :

OBS. n° 78. — M... Célestin, 46 ans, lutteur.

Furonculose.

Début il y a 3 mois et demi ; depuis, poussées continuelles.

Actuellement : Furoncles nombreux, à des étapes diverses de leur évolution, siégeant dans le dos et surtout dans l'hypochondre droit.

Traitement antérieur : Levure de bière, staphylase, stanoxyde.

Résultat : Médiocre.

JOURS							GR.
—							—
27 déc.	5	cmc.	solution	hyposulfite	soude	à 20 % ¹ soit	1 »
29 —	10	—	—	—	—	—	2 »
30 —	15	—	—	—	—	—	3 »
31 —	20	—	—	—	—	—	4 »
2 janv.	25	—	—	—	—	—	5 »
(Il n'y a pas de nouveaux éléments parus. Les furoncles semblent être arrêtés dans leur évolution.)							
3 —	40	—	—	—	—	—	8 »
5 —	40	—	—	—	—	—	8 »
7 —	40	—	—	—	—	—	8 »
10 —	40	—	—	—	—	—	8 »
(Lésions en voie de disparition.)							
12 —	40	—	—	—	—	—	8 »
16 —	40	—	—	—	—	—	8 »
(Apparition de trois nouveaux furoncles à la cuisse gauche.)							
19 —	40	—	—	—	—	—	8 »
22 —	40	—	—	—	—	—	8 »
24 —	25	—	—	—	—	—	5 »

(Les nouveaux furoncles n'évoluent pas vers la nécrose du bulbe pileux ; il n'y a pas formation de bour-

billon. Ils s'affaissent, pâlissent et disparaissent sans avoir incommodé le malade.)

26	—	25	—	—	—	—	—	5	»
29	—	25	—	—	—	—	—	5	»

Total : 30 jours, 16 piqûres. 94 gr.

Résultat : Disparition des lésions.

Voici donc un premier malade qui reçoit 94 gr. d'hyposulfite en 30 jours. Les furoncles sont disparus et cette guérison s'est maintenue depuis malgré une légère poussée qui avorte aussitôt durant le traitement même.

OBS. n° 79. — F... Julie, 36 ans.

Furonculose.

Début il y a 4 mois.

Actuellement : La cuisse gauche est couverte de furoncles à divers moments de leurs évolutions.

Traitée antérieurement, sans résultat, par dépuratif, cataplasmes, levure de bière.

JOURS		GR.	
1 ^{er} nov.	2 cmc. solut. hyposulfite soude à 20 % s.-cut, soit	0	40
2 —	5 — — — — — intrav. —	1	»
3 —	10 — — — — — — — —	2	»
5 —	15 — — — — — — — —	3	»
7 —	20 — — — — — — — —	4	»
10 —	25 — — — — — — — —	5	»

(Il n'y a pas de nouveaux éléments ; les anciens se sont affaïsés.)

12	—	25	—	—	—	—	5	»
14	—	25	—	—	—	—	5	»
(Guérison.)								

Total : 15 jours, 8 piqûres.	25 gr. 40.
------------------------------	------------

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le 14 novembre.

Le résultat est aussi net, aussi permanent que dans la première observation.

OBS. n° 80. — L... Marcel, 26 ans, garçon de café.

Furonculose.

Début il y a 7 mois.

Actuellement : Le dos est couvert de furoncles apparus par poussées successives.

Traitement antérieur : Levure de bière.

JOURS		GR.
—		—
9 oct.	3 cmc. solut. hyposulfite soude 20 % s.-cut., soit	0 60
11 —	5 — — — — — intrav. —	1 »
13 —	10 — — — — — —	2 »
15 —	15 — — — — — —	3 »
(Il n'y a pas de nouveaux éléments.)		
17 —	20 — — — — — —	4 »
19 —	25 — — — — — —	5 »
22 —	25 — — — — — —	5 »
(Furoncles en voie de guérison.)		
28 —	: Lésions disparues.	
Total : 2 semaines, 7 piqûres,		20 gr. 60.

Résultat : Disparition des lésions. Pas de réaction depuis le 28 octobre.

Ici, 20 grammes pendant deux semaines ont suffi pour amener la guérison.

OBS. n° 81 — L... Paul, 34 ans, employé de commerce.

Furonculose.

Début il y a 7 mois.

Actuellement : Furoncles nombreux, à répétition, à différents moments de leur évolution, disséminés sur les fesses et sur l'abdomen.

Traitement antérieur : Staphylase, stannoxyle, levure de bière, huile de Harleem. Résultat nul.

JOURS							GR.
25 mars	10	cmc.	solut.	hyposulfite	soude	20 % intrav., soit	2 »
26 —	20	—	—	—	—	—	4 »
28 —	30	—	—	—	—	—	6 »
31 —	30	—	—	—	—	—	6 »
2 avril	30	—	—	—	—	—	6 »
5 —	30	—	—	—	—	—	6 »
7 —	30	—	—	—	—	—	6 »
(Nouvelle poussée.)							
10 —	30	—	—	—	—	—	6 »
12 —	30	—	—	—	—	—	6 »
14 —	30	—	—	—	—	—	6 »
16 —	30	—	—	—	—	—	6 »
Total : 20 jours, 11 piqûres,							60 gr.

Résultat : Lésions inchangées.

Voici donc un échec, malgré les 60 grammes d'hypo-sulfite administrés en 11 piqûres pendant 20 jours.

Les quatres autres observations :

OBS. n° 82. — M. Ch. D..., 61 ans.

Furonculose depuis 2 mois.

20 gr. hyposulfite en 3 semaines (6 piqûres).

Résultat : Inconnu ?

OBS. n° 83. — M. L. S..., 35 ans.

Furonculose depuis 3 mois.

15 gr. hyposulfite en 4 semaines (5 piqûres).

Résultat : Nul.

OBS. n° 84. — M. B. F..., 52 ans.

Furonculose chez un diabétique.

40 gr. hyposulfite en 3 semaines (9 piqûres).

Résultat : Nul.

OBS. n° 85. — M. C. D..., 34 ans.

Furonculose depuis 1 mois.

3 gr. hyposulfite en une semaine (2 piqûres).

Résultat : ?

ont été trop peu observés pour fournir des résultats concluants.

En résumé, sur les 8 cas de furonculose traités, nous avons trois disparitions des lésions, une amélioration, quatre cas insuffisamment traités.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1° Dans presque toutes les affections cutanées, même celles dont l'origine externe paraît indiscutable, le rôle du terrain est souvent prépondérant.

2° Il est irrationnel de limiter la thérapeutique dermatologique au traitement purement local des manifestations externes ;

3° L'emploi exclusivement interne de certains médicaments, comme l'hyposulfite de soude par exemple, peut, en modifiant le terrain, donner de résultats heureux chez les malades dont les affections cutanées se sont montrées rebelles antérieurement à tous les traitements externes ;

4° L'hyposulfite de soude peut agir comme réducteur ;

5° Plus souvent ce corps agit comme désensibilisateur. Peut-être ces deux actions sont-elles connexes ;

6° On peut l'administrer par voie buccale ou veineuse à la dose de 2 à 12 gr. par jour pendant plusieurs semaines ;

7° La voie sous-cutanée n'est pas recommandable ;

8° Souvent l'administration du médicament doit être longtemps prolongée, les résultats étant lents à se manifester. Dans les cas où on cherche à obtenir une désensibilisation, le médicament doit être donné trois jours par semaine, aux doses de 3 à 6 gr. par jour, pendant plusieurs semaines.

9° Son action thérapeutique est excellente dans les dermatoses évoluant par poussées récidivantes qui rappellent les accidents d'ordre anaphylactiques (urticaire, poussées erysipelateuses) ;

10° L'élément « prurit » est particulièrement amélioré dans toutes les dermatoses en général ;

11° Certains psoriasiques sont nettement améliorés et même blanchis par l'hyposulfite de soude, surtout ceux qui présentent des poussées aiguës ;

12° Les eczémas dont l'évolution semble traduire la sensibilisation de l'organisme par certains antigènes, sont justiciables du même traitement. Les dermites artificielles, les eczémas professionnels, les eczémas suintants, les eczémas aigus ou évoluant par poussées aiguës réci-

vantes sont particulièrement sensibles au traitement. Par contre, les eczémas secs, infiltrés, lichenifiés n'en ont pas été modifiés ;

13° Dans des cas de furonculose, nous avons obtenu souvent des succès remarquables.



BIBLIOGRAPHIE

COUPPEY M. Recherches sur l'emploi de la solution iodo-iodurée de Lugol en Thérapeutique par voie veineuse et buccale. (Th. Paris 1922).

DANYSZ. Comptes rendus de l'Académie des Sciences T. 164.

FOURNIER. Traitement du psoriasis par le cacodylate (Th. Paris 1897).

LAVERGNE (M^{lle}). Traitement par le Neosalvarsan des tuberculides, du lichen plan et du psoriasis (Th. Paris 1914).

MARÉCHAL H. Essai sur les hautes doses de cacodylate de soude en Thérapeutique (Th. Paris 1919).

MATHIEU R. Recherches sur l'utilisation Thérapeutique de l'hyposulfite de soude dans les œdèmes aigus circonscrits de Quincke, l'épilepsie et la clorée (Bullet. Sod. Médic. Hôpit. Paris, N° 27 1921).

MIRIEL. Technique des injections intra-veineuses (Gaz. des Hôpit. N° 42, 1911).

RAVAUT P. Trichophytie de la barbe guérie par des injections intra-veineuses de liqueur de Gramm. (Ann. de Dermat. et Syph. 25 Mai 1921).

RAVAUT P. L'importance des traitements internes en dermatologie. L'emploi du cacodylate de soude à haute dose et de l'hyposulfite de soude. (Presse médic. 28 Janv. 1920).

RAVAUT P. et RABEAU. Dermite érysipélateuse de la joue récidivant depuis quatre ans. Désensibilisation progressive et disparition des accidents sous l'influence de l'hyposulfite de soude. (Bullet. Médic. N° 62, Déc. 1920).

ROBIN. Traité de Thérapeutique. Article soufre et composés soufrés.

SABOUREAU. Traitement interne du psoriasis (Presse médic. 21 Janv. 1920).

Vu : Le Président de la thèse,

WIDAL

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie,
APPELL

TABLE DE MATIÈRES

AVANT PROPOS	Page 15
INTRODUCTION. — Importance du traitement par voie interne en dermatologie	» 17
CHAPITRE I. — Constitution chimique de l'hy- posulfite de soude. Mode d'ad- ministration et réactions.	» 23
§ 1 ^o Constitution chimique	» »
§ 2 ^o Mode d'administration	» 26
voie buccale	» 27
voie sous-cutanée	» »
voie veineuse	» 28
§ 3 ^o Réactions de l'organisme	» 30
CHAPITRE II. — Indications du traitement, mo- de d'action, résultats	» 33
§ 1 ^o Mode d'action	» »
Action réductrice	» 34
Action desensibilisatrice	» 35
§ 2 ^o Posologie	» 48
§ 3 ^o Indications et résultats	» 49
CHAPITRE III. — Résultats dans le Psoriasis	» 51

CHAPITRE IV. — Eczémas	Page 69
§ 1° Dermites artificielles	» 72
§ 2° Eczémas professionnels	» 75
§ 3° Eczéma dyshydrosique	» 82
§ 4° Eczéma des mains	» 87
§ 5° Eczéma de la face	» 100
§ 6° Eczéma généralisé	» 103
CHAPITRE V. — Urticaire et prurits	» 115
CHAPITRE VI. — Furonculose	» 121
CHAPITRE VII. — Conclusions	» 129
BIBLIOGRAPHIE	» 133



